Tác phẩm: PHỤNG SỰ VÀ TRI ÂN

(Mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện cho Người có công trong kỷ nguyên mới)

MỤC LỤC

LỜI DÂNG TẶNG 3

LỜI CẢM ƠN 4

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT 5

LỜI TỰA 7

LỜI NÓI ĐẦU: HÀNH TRÌNH TỪ Y ĐỨC ĐẾN QUỐC ĐẠO 9

PHẦN I. NHẬN THỨC VÀ THỰC TIỄN 12

CHƯƠNG 1. TRIẾT LÝ "ĐỀN ƠN ĐÁP NGHĨA" TRONG DÒNG CHẢY VĂN HÓA VIỆT NAM 14

CHƯƠNG 2. ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ NHU CẦU Y TẾ ĐẶC THÙ CỦA THƯƠNG BỆNH BINH 26

CHƯƠNG 3. ĐÁNH GIÁ HIỆN TRẠNG HỆ THỐNG CHĂM SÓC NGƯỜI CÓ CÔNG TẠI VIỆT NAM 37

PHẦN II. TẦM NHÌN QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC TIẾP BIẾN 48

CHƯƠNG 4. KHẢO SÁT CÁC MÔ HÌNH CHĂM SÓC CỰU CHIẾN BINH TIÊN TIẾN 50

CHƯƠNG 5. PHƯƠNG PHÁP LUẬN "VIỆT HÓA" CÁC MÔ HÌNH QUỐC TẾ .. 57

PHẦN III. KIẾN TẠO MÔ HÌNH CHĂM SÓC TOÀN DIỆN "THÂN – TÂM – TUỆ" 68

CHƯƠNG 6. TRỤ CỘT "THÂN" – Y HỌC LÀ NÒNG CỐT 70

CHƯƠNG 7. TRỤ CỘT "TÂM" – TINH THẦN LÀ ĐIỂM TỰA 78

CHƯƠNG 8. TRỤ CỘT "TUỆ" – KẾT NỐI VÀ LAN TỎA 86

PHẦN IV. QUẢN TRỊ HỆ THỐNG VÀ KIẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH 96

CHƯƠNG 9. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC ĐẶC THÙ 98

CHƯƠNG 10. CHUYỂN ĐỔI SỐ VÀ QUẢN TRỊ THÔNG MINH 105

CHƯƠNG 11. KIẾN NGHỊ VÀ ĐỀ XUẤT VĨ MÔ 113

TÀI LIỆU THAM KHẢO 125

PHỤ LỤC 128

LỜI DÂNG TẶNG

Kính dâng **QUÁ KHỨ** hào hùng: Hương hồn các Anh hùng liệt sĩ – Những người con ưu tú đã hóa thân vào đất đai Tổ quốc.

Tri ân **HIỆN TẠI** trách nhiệm: **"Người dẫn đường"** với tầm nhìn khai sáng và những cộng sự đang ngày đêm cống hiến cho sự nghiệp Đền ơn đáp nghĩa.

Gửi gắm **TƯƠNG LAI** hy vọng: **Gia đình nhỏ** – Nguồn cội sức mạnh giúp tôi bền bỉ trên hành trình tri ân.

Nguyện làm một viên gạch nhỏ, góp phần kiến tạo "ngôi nhà chung" ấm áp nghĩa tình cho những Người có công với đất nước.

LỜI CẢM ƠN

Cuốn sách **"Phụng sự và Tri ân"** được hoàn thành không chỉ bằng nỗ lực của cá nhân tôi, mà là sự kết tinh trí tuệ, tâm huyết và tình cảm của rất nhiều người. Đối với tôi, đây không đơn thuần là một công trình nghiên cứu hay một báo cáo tổng kết, mà là một cuộc "hành hương" về mặt tư tưởng – nơi một bác sĩ thế hệ 8X tìm về với những giá trị cốt lõi nhất của dân tộc để định hình lại sứ mệnh y khoa của mình.

Lời tri ân sâu sắc đầu tiên, tôi xin trân trọng gửi đến các cơ quan quản lý nhà nước. Sự tin tưởng và những chỉ đạo mang tầm chiến lược của các đồng chí Lãnh đạo đã mở ra cho tôi một tư duy mới: *Nhìn công tác chăm sóc thương bệnh binh không chỉ dưới lăng kính lâm sàng y khoa mà còn dưới góc độ quản trị hệ thống và kiến tạo chính sách an sinh.*

Đặc biệt, tôi xin dành lời cảm ơn kính trọng nhất đến **"Người dẫn đường"** – người Thủ trưởng, người Anh lớn đã gieo mầm ý tưởng và truyền lửa nhiệt huyết cho tôi. Chính tầm nhìn về một mô hình chăm sóc *"vươn tầm quốc tế nhưng đậm đà bản sắc Việt"* đã khai phóng tư duy, giúp tôi vượt qua những giới hạn của một bác sĩ thuần túy để hoàn thiện cuốn sách này dưới tầm vóc của một đề án quản lý nhà nước.

Tôi xin gửi lời biết ơn chân thành đến **các đồng nghiệp** tại đơn vị nơi tôi công tác. Cảm ơn những người cộng sự đã luôn kề vai sát cánh, chia sẻ gánh nặng chuyên môn, giúp tôi có những khoảng thời gian quý báu để nghiên cứu. Xin cảm ơn **Nhà xuất bản ...** đã làm việc tận tâm để cuốn sách đến tay bạn đọc với diện mạo trang trọng nhất.

Vô cùng xúc động và biết ơn, cháu xin cúi đầu cảm tạ các **Bác, các Chú – những Thương bệnh binh, những Người có công với cách mạng**. Là một bác sĩ sinh ra trong thời bình (thế hệ 198x), cháu chưa từng biết đến mùi thuốc súng hay sự khốc liệt của chiến trường. Chính những câu chuyện các Bác kể, những vết thương các Bác đang mang, và nụ cười lạc quan của các Bác mỗi ngày đã dạy cho cháu bài học lớn nhất về lòng yêu nước và đức hy sinh. Các Bác không chỉ là đối tượng để chúng cháu chăm sóc, mà chính là những "người Thầy vĩ đại" của cuộc đời cháu.

Cuối cùng, tôi xin dành lời yêu thương nhất cho **Gia đình**. Cảm ơn Cha Mẹ đã sinh thành, dưỡng dục con bằng đạo lý "Uống nước nhớ nguồn". Cảm ơn Vợ hiền và các Con – hậu phương vững chãi, ấm áp đã luôn thấu hiểu, sẻ chia và bao dung cho những đêm dài tôi miệt mài bên trang viết. Sự bình yên của gia đình chính là điểm tựa để tôi yên tâm cống hiến cho xã hội.

Mặc dù đã rất nỗ lực với tinh thần cầu thị cao nhất, cuốn sách chắc chắn khó tránh khỏi những thiếu sót. Tôi rất mong nhận được sự lượng thứ và góp ý chân thành từ quý Lãnh đạo, các nhà chuyên môn và quý độc giả để cuốn sách ngày càng hoàn thiện hơn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, mùa Thu năm 20... **Nguyễn Đông Hưng**

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

(Các chữ viết tắt được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái)

Chữ viết tắt	Nội dung đầy đủ / Giải nghĩa
ADL	*Activities of Daily Living* (Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày)
ASXH	An sinh xã hội
BAĐT	Bệnh án điện tử
BHYT	Bảo hiểm y tế
BN	Bệnh nhân
BS	Bác sĩ
CCB	Cựu chiến binh
CNTT	Công nghệ thông tin
CSDL	Cơ sở dữ liệu
CSGN	Chăm sóc giảm nhẹ *(Palliative Care)*
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
LĐTBXH	Lao động – Thương binh và Xã hội

Chữ viết tắt	Nội dung đầy đủ / Giải nghĩa
NCC	Người có công (với cách mạng)
NCDs	*Non-communicable Diseases* (Các bệnh không lây nhiễm mãn tính)
NSNN	Ngân sách nhà nước
NXB	Nhà xuất bản
PHCN	Phục hồi chức năng
PTSD	*Post-Traumatic Stress Disorder* (Hội chứng rối loạn căng thẳng sau sang chấn)
QLNN	Quản lý nhà nước
TBB	Thương binh, Bệnh binh
TTĐD	Trung tâm Điều dưỡng (Người có công)
TƯ	Trung ương
UBND	Ủy ban nhân dân
VA	*Veterans Affairs* (Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ)
WHO	*World Health Organization* (Tổ chức Y tế Thế giới)
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

LỜI TỰA

Trong mỗi giai đoạn phát triển của đất nước, câu hỏi lớn luôn trở lại với chúng ta bằng một giọng điệu khác: chúng ta sẽ tri ân những người đã hy sinh và cống hiến cho Tổ quốc như thế nào để xứng đáng với lịch sử, và quan trọng hơn, để tri ân ấy trở thành một động lực kiến tạo cho tương lai? Với Người có công đặc biệt là thương bệnh binh, cựu chiến binh và thân nhân liệt sĩ, tri ân không thể chỉ dừng lại ở những nghi lễ trang trọng hay những chính sách mang tính trợ cấp. Tri ân, trong ý nghĩa sâu xa nhất, phải là một hệ sinh thái chăm sóc toàn diện, tôn trọng nhân phẩm, nâng đỡ sức khỏe, bồi đắp tinh thần và khơi dậy giá trị sống.

Trong bối cảnh Việt Nam bước vào kỷ nguyên mới với thách thức già hóa dân số, gánh nặng bệnh tật kép, và yêu cầu chuyển đổi số mạnh mẽ trong y tế – an sinh xã hội, hệ thống chăm sóc Người có công đứng trước một đòi hỏi tất yếu: chuyển từ mô hình "nuôi dưỡng thụ động" sang mô hình "chăm sóc và kiến tạo chất lượng sống chủ động". Đó không chỉ là sự thay đổi về kỹ thuật quản lý, mà là một bước tiến về tư duy nhân văn và năng lực quản trị nhà nước. Chăm sóc Người có công vì vậy cần được tiếp cận như một lĩnh vực đặc thù của y học xã hội, nơi khoa học quản trị, y học lâm sàng, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ, sức khỏe tâm thần, văn hóa ứng xử và công nghệ số cùng hội tụ trong một thiết kế hệ thống thống nhất.

Tác phẩm **"PHỤNG SỰ VÀ TRI ÂN"** ra đời trong dòng chảy tư duy ấy. Điểm đáng trân trọng của bản thảo nằm ở cách tiếp cận có hệ thống: từ nền tảng văn hóa – lịch sử của đạo lý "Uống nước nhớ nguồn", đi qua phân tích bệnh học và nhu cầu y tế đặc thù của thương bệnh binh, khảo sát hiện trạng chăm sóc Người có công tại Việt Nam, rồi mở rộng tầm nhìn với các mô hình quốc tế. Trên cơ sở đó, tác giả đề xuất một mô hình chăm sóc toàn diện "**Thân – Tâm – Tuệ**", coi y học là nòng cốt, tinh thần là điểm tựa và kết nối – lan tỏa là năng lực tạo giá trị bền vững. Đây là cấu trúc tư duy phù hợp với xu thế chăm sóc dài hạn hiện đại, đồng thời có khả năng "Việt hóa" một cách mềm mại trên nền tảng văn hóa bản địa.

Một đóng góp nổi bật khác của tác phẩm là nhấn mạnh yêu cầu **"y tế hóa"** các cơ sở nuôi dưỡng – điều dưỡng Người có công. Y tế hóa không chỉ là bổ sung thiết bị hay tăng số lượng nhân viên y tế, mà là chuẩn hóa quy trình chuyên môn, cá thể hóa hồ sơ sức khỏe, xây dựng bệnh án điện tử trọn đời, phát triển phục hồi chức năng chuyên sâu, và đặc biệt là tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần – lĩnh vực thường bị bỏ quên trong thực tế. Khi những "vết thương vô hình" được nhìn nhận đúng, khi chăm sóc giảm nhẹ được thực hiện đúng, người lính ở tuổi xế chiều sẽ được sống những ngày cuối đời trong sự thanh thản và tôn nghiêm – đó chính là chuẩn mực cao nhất của y đức trong không gian tri ân.

Tác phẩm cũng gợi mở nhiều hướng đi có tính khả thi về quản trị hệ thống: phát triển nguồn nhân lực đặc thù với tinh thần "trái tim người Mẹ – trí tuệ bác sĩ – kỷ luật người

Lính"; tăng cường đào tạo liên tục và cơ chế đãi ngộ phù hợp; đẩy mạnh telehealth để kết nối tuyến trung ương; tinh gọn thủ tục hành chính nhằm đưa dịch vụ đến người thụ hưởng nhanh hơn, thuận tiện hơn. Đặc biệt, đề xuất xây dựng **Bộ tiêu chí Quốc gia về Trung tâm Điều dưỡng Người có công đạt chuẩn y tế** là một điểm nhấn quan trọng, có thể trở thành cơ sở cho việc chuẩn hóa, giám sát chất lượng và hoạch định đầu tư trong dài hạn.

Dĩ nhiên, con đường hiện thực hóa một mô hình chăm sóc toàn diện luôn đòi hỏi nguồn lực, cơ chế phối hợp liên ngành, và sự đồng thuận xã hội. Nhưng điều cốt lõi mà cuốn sách đặt ra – và cũng là giá trị lớn nhất – chính là khẳng định một nguyên tắc: **tri ân phải được thể chế hóa bằng chất lượng chăm sóc**; phụng sự không chỉ là một thái độ, mà là một **hệ thống** được thiết kế khoa học, vận hành nhân văn, và cải tiến liên tục dựa trên bằng chứng.

Với tinh thần đó, tôi tin rằng **"PHỤNG SỰ VÀ TRI ÂN"** không chỉ là một bản thảo chuyên môn, mà còn là một lời mời gọi trách nhiệm đối với các nhà quản lý, các cơ sở chăm sóc, đội ngũ y tế và toàn xã hội. Mong rằng tác phẩm sẽ góp thêm một viên gạch vững chắc vào tiến trình xây dựng nền an sinh nhân văn, nền y tế hiện đại và một hệ sinh thái tri ân xứng đáng với những hy sinh của các thế hệ đi trước.

Xin trân trọng giới thiệu cùng bạn đọc.

BS. NGUYỄN ĐÔNG HƯNG (Minh Hưng)

LỜI NÓI ĐẦU: HÀNH TRÌNH TỪ Y ĐỨC ĐẾN QUỐC ĐẠO

Có những trang sách được viết ra từ tri thức. Cũng có những trang sách được viết ra từ trải nghiệm. Nhưng có một loại trang sách khác – lặng lẽ hơn, nặng hơn – được viết ra từ một món nợ trong tim. Tôi viết những dòng này như viết một lời tự thú nghề nghiệp: rằng suốt nhiều năm làm thầy thuốc, càng đi sâu vào y khoa, tôi càng thấy mình đang bước vào một vùng đất rộng hơn cả bệnh viện, rộng hơn cả phòng khám, rộng hơn cả những

bản xét nghiệm và phác đồ điều trị. Đó là vùng đất của lòng biết ơn, của trách nhiệm xã hội, của sự tri ân không chỉ bằng cảm xúc mà bằng một hệ thống chăm sóc tử tế, bền vững. Và ở vùng đất ấy, y đức không còn là một khẩu hiệu treo tường; y đức trở thành một con đường. Con đường ấy, nếu đi đủ sâu, sẽ chạm vào điều mà người xưa gọi là "quốc đạo" – đạo trị nước, đạo làm người, đạo giữ nền tảng của một quốc gia bằng nhân nghĩa và công bằng.

Tôi gặp nhiều thương bệnh binh trong đời. Gặp ở những trung tâm điều dưỡng, gặp trong các đợt khám lưu động, gặp ở hành lang bệnh viện, gặp trong những căn phòng nhỏ nơi người lính già ngồi lặng im nhìn ra cửa sổ như nhìn về một thời mà tiếng súng vẫn còn vẳng lại trong giấc ngủ. Ban đầu, tôi gặp họ với tư cách một bác sĩ: hỏi bệnh, nghe phổi, đo huyết áp, kê đơn. Nhưng càng về sau, tôi nhận ra: điều họ mang theo không chỉ là bệnh. Họ mang theo lịch sử. Họ mang theo những mảnh ký ức mà y khoa hiện đại đôi khi gọi là "sang chấn", nhưng đối với họ, đó là một phần đời không thể tách rời. Họ mang theo những vết thương hữu hình trên cơ thể và những vết thương vô hình trong tâm trí. Và trên tất cả, họ mang theo một sự im lặng. Một sự im lặng của người đã từng gồng mình qua quá nhiều mất mát nên không còn muốn kể lể; một sự im lặng của người đã quen đặt Tổ quốc lên trước bản thân nên khi đau cũng chỉ nói "không sao đâu bác sĩ".

Chính sự im lặng ấy làm tôi day dứt.

Trong y khoa, chúng ta quen với những chuẩn đoán "rõ ràng": tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, thoái hóa khớp... Nhưng có những chuẩn đoán không nằm trong danh mục ICD, không hiển thị trên phim CT, không ra con số trên bảng xét nghiệm. Đó là nỗi cô đơn, là cảm giác bị bỏ quên, là sự lạc lõng của người lính khi bước ra khỏi chiến tranh và phải học lại cách sống đời thường, là những cơn ác mộng không chịu rời đi, là cơn đau mơ hồ kéo dài như một lời nhắc nhở rằng quá khứ chưa bao giờ thật sự kết thúc. Đó là "bệnh" của tinh thần, và cũng là "bệnh" của hệ thống chăm sóc nếu chúng ta chỉ chăm chăm chữa phần thân thể mà quên đi phẩm giá, nhu cầu được lắng nghe, được kết nối, được sống có ý nghĩa.

Tôi từng chứng kiến một bác thương binh cụt một chân, bao năm sống cùng đau mạn tính và bệnh nền. Đơn thuốc điều trị của bác dài, nhưng ánh mắt bác còn dài hơn. Bác hỏi tôi một câu rất giản dị: "Bác sĩ ơi, tôi sống vậy đến bao giờ?" Câu hỏi ấy không hẳn là sợ chết. Nó là sự mỏi mệt của một đời đã cống hiến, đã chịu đựng, và giờ chỉ mong được chăm sóc đúng nghĩa. Tôi trả lời bác bằng ngôn ngữ y khoa: tiên lượng, kiểm soát triệu chứng, theo dõi định kỳ. Nhưng trong lòng tôi nghe vang một câu khác: "Chúng ta đã chăm sóc họ đủ chưa?" Và nếu chưa, "đủ" là đủ cái gì? Đủ thuốc? Đủ giường? Đủ chế độ? Hay đủ sự tử tế có tổ chức?

Một xã hội trưởng thành không đo bằng tốc độ đô thị hóa hay số lượng tòa nhà cao tầng. Một xã hội trưởng thành đo bằng cách nó đối xử với những người yếu thế, và đặc biệt, với

những người đã hy sinh để xã hội ấy được tồn tại. Người có công không phải là một "đối tượng chính sách" đơn thuần. Họ là nền móng đạo lý của quốc gia. Nếu nền móng ấy bị nứt, mọi thành tựu khác cũng chỉ là lớp sơn.

Vì vậy, cuốn sách này không ra đời từ một ý tưởng thuần túy học thuật, mà từ một câu hỏi rất đời: **Làm sao để tri ân trở thành chăm sóc – và chăm sóc trở thành một hệ thống văn minh?** Tôi gọi đó là hành trình từ **y đức** đến **quốc đạo**. Y đức là gốc của nghề thầy thuốc: "Lương y như từ mẫu", "cứu người như cứu hỏa", "đặt sinh mạng và phẩm giá bệnh nhân lên trên hết". Nhưng nếu y đức chỉ dừng ở tình thương cá nhân, nó sẽ mỏng trước những thách thức của thời đại: già hóa dân số, đa bệnh lý, khủng hoảng nhân lực, thiếu nguồn lực, áp lực tài chính, bất bình đẳng tiếp cận dịch vụ, và nhất là những "vết thương vô hình" của sang chấn và cô đơn. Khi ấy, y đức phải được nâng thành một **mô hình** và một **cơ chế**: có tiêu chuẩn, có quy trình, có đào tạo, có giám sát, có dữ liệu, có công nghệ, có phối hợp liên ngành. Y đức phải được "thiết kế" để không phụ thuộc vào may rủi gặp được ai tử tế, mà trở thành quyền được chăm sóc tử tế của mọi Người có công.

Tôi tin rằng, chăm sóc Người có công trong kỷ nguyên mới cần một cách nhìn toàn diện. Một cơ thể thương tật không thể chữa bằng cách nhìn từng bộ phận. Một đời sống bị sang chấn không thể chữa bằng cách chỉ kê thuốc. Một tuổi già không thể nâng đỡ bằng những lần khám bệnh đứt đoạn. Điều cần là một hệ sinh thái: từ phòng bệnh – chữa bệnh – phục hồi chức năng – chăm sóc tinh thần – chăm sóc giảm nhẹ – kết nối cộng đồng – giáo dục truyền thống. Và trên trục ấy, chúng ta phải đặt con người ở trung tâm, đặt nhân phẩm ở trung tâm, đặt chất lượng sống ở trung tâm.

Đó là lý do tôi đề xuất cấu trúc "**Thân – Tâm – Tuệ**" như một triết lý vận hành, không phải như một khẩu hiệu. "Thân" là y học làm nòng cốt: hồ sơ sức khỏe được cá thể hóa, bệnh án điện tử trọn đời, quản lý đa bệnh lý theo lộ trình, phục hồi chức năng chuyên sâu, y học cổ truyền kết hợp công nghệ hiện đại, chăm sóc giảm nhẹ như một chuẩn mực nhân văn. "Tâm" là sức khỏe tinh thần và phẩm giá: trị liệu ký ức, môi trường chữa lành, văn hóa ứng xử như một "gia đình binh chủng", nơi người chăm sóc hiểu rằng mỗi lời nói, mỗi cử chỉ đều là một phần của điều trị. "Tuệ" là kết nối và lan tỏa: biến trung tâm điều dưỡng không chỉ là nơi nhận chăm sóc, mà là nơi trao truyền giá trị – nơi người lính kể chuyện, nơi thế hệ trẻ lắng nghe, nơi lịch sử không nằm trong sách mà hiện hữu bằng con người sống.

Tôi cũng tin rằng, yêu cầu "y tế hóa" các cơ sở điều dưỡng không thể hiểu nông. Y tế hóa không phải chỉ mua thêm máy móc, thêm giường bệnh. Y tế hóa là chuẩn hóa năng lực chuyên môn, quy trình lâm sàng, kiểm soát chất lượng, quản trị rủi ro, an toàn người bệnh; là đưa khoa học quản trị vào chăm sóc; là biến "nuôi dưỡng" thành "chăm sóc" – và cao hơn, thành "kiến tạo chất lượng sống". Ở đó, mỗi thương bệnh binh không phải là

một "số giường" mà là một hồ sơ cuộc đời: có lịch sử chiến trường, có bệnh sử, có nhu cầu tinh thần, có thói quen văn hóa, có sở thích, có nỗi đau riêng, có niềm vui riêng. Một hệ thống chăm sóc tốt phải nhìn thấy con người toàn vẹn ấy.

Tất nhiên, không có mô hình nào tự nhiên thành công. Chăm sóc Người có công là một bài toán liên ngành và liên cấp: y tế – lao động xã hội – tài chính – công nghệ – văn hóa – giáo dục – cộng đồng. Nó cần chính sách, cần ngân sách, cần nhân lực, cần đào tạo, cần cơ chế phối hợp. Nhưng trước khi cần tất cả những thứ ấy, nó cần một điều tưởng đơn giản mà khó nhất: **một thái độ văn minh đối với tri ân**. Văn minh là khi tri ân không chỉ dâng hoa, mà dâng cả năng lực quản trị. Văn minh là khi lời "nhớ ơn" được cụ thể hóa bằng tiêu chuẩn chăm sóc. Văn minh là khi những người từng chịu đựng đau đớn cho đất nước không phải tiếp tục chịu đựng vì sự thiếu thốn của hệ thống.

Tôi viết cuốn sách này với mong muốn góp một viên gạch. Một viên gạch nhỏ, nhưng nếu đặt đúng chỗ, có thể mở ra một con đường. Tôi mong những người làm quản lý nhìn thấy ở đây một cấu trúc để hoạch định. Mong những đồng nghiệp trong ngành y nhìn thấy ở đây một không gian để thực hành y đức theo nghĩa rộng hơn. Mong các trung tâm điều dưỡng nhìn thấy ở đây một bản thiết kế để cải tiến. Và mong xã hội nhìn thấy ở đây một lời nhắc: tri ân không phải chuyện của riêng ai, mà là khí chất của một dân tộc.

Với tư cách một bác sĩ, tôi hiểu rằng sự sống mong manh và thời gian là hữu hạn. Với tư cách một công dân, tôi hiểu rằng lịch sử không chờ đợi. Thế hệ thương bệnh binh hôm nay đang dần đi về phía hoàng hôn cuộc đời. Mỗi năm trôi qua là một phần ký ức của dân tộc lặng lẽ rời đi. Vì vậy, nếu chúng ta còn có thể làm điều gì tốt hơn cho họ, hãy làm ngay – không phải để "đẹp báo cáo", mà để lòng mình yên. Để khi đứng trước một người lính già, ta có thể nói một câu thật lòng: **Chúng tôi không chỉ biết ơn bằng lời. Chúng tôi biết ơn bằng cách chăm sóc.**

Tôi xin dành "Lời nói đầu" này như một nén tâm hương gửi đến những người đã đi qua lửa đạn mà vẫn giữ được phần người hiền lành, kiên cường. Xin gửi đến các gia đình liệt sĩ – những người đã biến mất mát riêng thành bình yên chung. Xin gửi đến những đồng nghiệp, những cán bộ điều dưỡng, những người âm thầm làm việc mỗi ngày để sự tri ân không bị gãy khúc. Và xin gửi đến bạn đọc – những người sẽ cùng tôi đi tiếp hành trình này bằng suy nghĩ, bằng phản biện, bằng đề xuất, và quan trọng nhất, bằng một lựa chọn sống tử tế.

Nếu cuốn sách này có một điều ước, thì đó là: **một ngày nào đó, khi nhắc đến chăm sóc Người có công, chúng ta không chỉ nói "chính sách", mà nói "chất lượng sống"; không chỉ nói "điều dưỡng", mà nói "hệ sinh thái"; không chỉ nói "tri ân", mà nói "văn minh".** Khi ấy, y đức sẽ không còn là câu chuyện của riêng ngành y. Y đức sẽ trở thành quốc đạo.

Xin trân trọng.

PHẦN I. NHẬN THỨC VÀ THỰC TIỄN

(Góc nhìn Văn hóa – Lịch sử – Y xã hội học)

Tri ân là một từ đẹp. Nhưng nếu chỉ dừng ở vẻ đẹp của ngôn từ, tri ân sẽ mong manh như một nghi lễ: trang trọng trong khoảnh khắc rồi lặng lẽ trôi qua. Để tri ân trở thành một năng lực bền vững của quốc gia, nó phải đi từ cảm xúc đến nhận thức; từ lòng biết ơn đến hành động có tổ chức; từ những khẩu hiệu đạo lý đến những mô hình chăm sóc cụ thể, có thể đo lường, cải tiến và duy trì qua nhiều thế hệ. Bởi chăm sóc Người có công không chỉ là một nhiệm vụ nhân văn, mà còn là một thước đo văn minh – nơi văn hóa, lịch sử và y học xã hội gặp nhau, soi chiếu nhau và cùng dẫn đường cho chính sách.

Phần I của tác phẩm được viết như nền móng tư tưởng cho toàn bộ cuốn sách. Nền móng ấy không bắt đầu từ kỹ thuật quản lý hay công nghệ y tế, mà bắt đầu từ câu hỏi căn bản: **Vì sao một dân tộc tồn tại được thì phải biết tri ân, và tri ân đúng nghĩa là gì?** Trong dòng chảy văn hóa Việt Nam, đạo lý "Uống nước nhớ nguồn", "Ăn quả nhớ kẻ trồng cây" không phải lời nhắc mang tính trang trí, mà là cơ chế tinh thần giúp cộng đồng đứng vững qua chiến tranh, thiên tai và những biến động lịch sử. Chính từ cơ chế tinh thần ấy, Nhà nước hiện đại đã xây dựng nên hệ thống "Đền ơn đáp nghĩa" như một chính sách an sinh xã hội đặc thù – vừa mang tính nhân văn, vừa mang tính trách nhiệm quốc gia.

Tuy nhiên, bước sang kỷ nguyên mới, nhận thức cũng cần được cập nhật. Người có công hôm nay không chỉ là biểu tượng của chiến thắng; họ còn là những con người đang sống với hậu quả dài hạn của chiến tranh và quy luật lão hóa. Họ mang "gánh nặng kép": di chứng thương tật, bệnh mạn tính, suy giảm chức năng, đồng thời chịu tác động âm thầm của sang chấn tâm lý, cô đơn, mất kết nối xã hội. Vì vậy, nếu tiếp cận chăm sóc Người có công bằng tư duy "nuôi dưỡng thụ động", bằng các hoạt động đứt đoạn, thiếu tính y khoa, thiếu chuẩn hóa, chúng ta sẽ vô tình biến tri ân thành một sự an ủi ngắn hạn hơn là một cam kết dài hạn.

Ở đây, **y xã hội học** đóng vai trò như một chiếc "kính hiển vi" và cũng như một chiếc "la bàn". Nó cho phép chúng ta nhìn sức khỏe không chỉ là bệnh lý, mà là tổng hòa giữa cơ thể – tinh thần – môi trường sống – quan hệ xã hội – văn hóa ứng xử và khả năng tiếp cận dịch vụ. Với lăng kính đó, một trung tâm điều dưỡng không chỉ là nơi ở; nó là một không gian sống, một cộng đồng nhỏ, một môi trường chữa lành, nơi phẩm giá và ý nghĩa cuộc đời tiếp tục được nâng đỡ. Từ đó, việc chăm sóc Người có công phải được hiểu như một hệ thống: có chuẩn mực chuyên môn, có cơ chế phối hợp, có mô hình vận hành, có nguồn nhân lực phù hợp, có khả năng đo lường chất lượng sống và cải tiến liên tục.

Phần I vì thế tập trung vào ba trục nhận thức then chốt.

Thứ nhất, **đặt tri ân trở lại đúng vị trí trong văn hóa Việt**: không phải "làm cho xong", mà là giữ một nền tảng đạo lý để xã hội không trượt khỏi sự tử tế. Thứ hai, **phác họa chân dung Người có công thời bình**: từ tượng đài trong ký ức cộng đồng đến những nỗi đau thầm kín trong đời sống thường nhật – những điều mà nếu không nhìn thẳng, chúng ta sẽ không thể thiết kế chăm sóc đúng. Thứ ba, **đánh giá hiện trạng hệ thống chăm sóc hiện nay**: ghi nhận những thành tựu nhân văn và nhận diện "điểm nghẽn" – từ cơ sở vật chất, nhân lực, quy trình chuyên môn đến yêu cầu cấp thiết phải "y tế hóa" trong bối cảnh già hóa dân số.

Nói cách khác, Phần I không nhằm kể lại lịch sử một cách hoài niệm, cũng không nhằm phê phán để phủ định. Phần I nhằm **làm rõ bối cảnh**, **xác lập hệ quy chiếu**, và **tạo đồng thuận tư duy**: rằng chăm sóc Người có công là một nhiệm vụ vừa mang chiều sâu văn hóa – lịch sử, vừa đòi hỏi tính khoa học của y học xã hội và quản trị hiện đại. Khi nhận thức được đặt đúng, giải pháp ở các phần sau mới có "đất" để đứng, mới có lý do để thuyết phục và có cơ hội để trở thành chính sách khả thi.

Xin mời bạn đọc bước vào Phần I như bước vào phần "gốc rễ" của câu chuyện. Bởi trước khi bàn về mô hình, công nghệ hay tiêu chí chuẩn hóa, chúng ta cần trả lời một điều giản dị mà hệ trọng: **tri ân không phải là việc làm thêm sau cùng, mà là cốt lõi của một quốc gia biết giữ đạo.**

CHƯƠNG 1. TRIẾT LÝ "ĐỀN ƠN ĐÁP NGHĨA" TRONG DÒNG CHẢY VĂN HÓA VIỆT NAM

Executive Summary

Trong tư cách một bác sĩ, tôi nhìn "Đền ơn đáp nghĩa" không chỉ là một khẩu hiệu đạo đức mà là **một hệ giá trị y–xã hội**: chăm sóc những người đã hiến dâng xương máu chính là chăm sóc nền tảng tinh thần của quốc gia. Việt Nam đã "thể chế hóa" đạo lý "Uống nước nhớ nguồn" bằng một hệ thống chính sách ưu đãi và an sinh tương đối toàn diện, với quy mô rất lớn: **đến nay cả nước đã xác nhận khoảng 9,2 triệu người có công và thân nhân**, trong đó **hơn 1,3 triệu người hưởng trợ cấp hằng tháng**.

Bối cảnh mới đặt ra thách thức y tế sâu sắc hơn: **già hóa dân số diễn ra nhanh**, riêng năm 2024 ước có **14,2 triệu người từ 60 tuổi trở lên** và dự báo đến 2030 có thể xấp xỉ **18 triệu**. Ở bình diện gánh nặng bệnh tật, các bệnh không lây nhiễm (NCDs) chi phối rõ rệt: WHO ghi nhận **77% tử vong ở Việt Nam liên quan đến NCDs**, và dữ liệu chỉ báo của Ngân hàng Thế giới (trích xuất từ WHO Global Health Estimates) cho thấy tỷ trọng tử vong do NCDs ở Việt Nam **đạt 81% (năm 2019)**. Với người có công, gánh

nặng ấy thường "cộng hưởng" với di chứng chiến tranh, thương tật, phơi nhiễm, và cô đơn xã hội—những yếu tố làm cho chăm sóc y tế không thể dừng lại ở "nuôi dưỡng".

Về nguồn lực và cơ chế, Nhà nước liên tục điều chỉnh chính sách theo điều kiện kinh tế–xã hội. Ví dụ, từ 1/1/2025 mức chi điều dưỡng phục hồi sức khỏe cho người có công được tính theo mức chuẩn 2.789.000 đồng; tương ứng **điều dưỡng tập trung ~5.020.200 đồng/lần** và **điều dưỡng tại nhà ~2.510.100 đồng/lần**. Ở góc nhìn kiểm toán công, riêng năm 2024 kinh phí trợ cấp, phụ cấp ưu đãi người có công được nêu ở mức **35.629 tỷ đồng**. Những con số này khẳng định quyết tâm chính trị, đồng thời gợi mở yêu cầu quản trị hiệu quả hơn theo "chuỗi giá trị sức khỏe".

Chương này đề xuất một chuyển dịch tư duy: từ **"nuôi dưỡng thụ động"** sang **"chăm sóc chủ động và kiến tạo chất lượng sống"**, học hỏi có chọn lọc từ các mô hình quốc tế như **VHA (Hoa Kỳ) – hệ thống y tế tích hợp quy mô lớn**, và **Long-term Care Insurance (Nhật Bản) – Kaigo**. Từ đó, chương đưa ra lộ trình với chỉ số đo lường (EHR/hồ sơ sức khỏe điện tử, bao phủ phục hồi chức năng, sàng lọc NCD–sức khỏe tâm thần, nhân lực/1.000 người có công) và ước tính chi phí sơ bộ dựa trên giả định minh bạch, kèm danh mục dữ liệu còn thiếu và phương án thu thập.

Từ đạo lý "Uống nước nhớ nguồn" đến chính sách an sinh xã hội đặc thù

Mục 1.1. Nếu phải chọn một "mạch ngầm" làm nên bản lĩnh cộng đồng Việt Nam, tôi tin đó là **đạo lý tri ân**: tri ân tổ tiên, tri ân người đi trước, tri ân những người đã "đứng mũi chịu sào" để phần còn lại được sống trong hòa bình. Tinh thần ấy không chỉ nằm trong nghi lễ hay ngôn ngữ dân gian; nó đi vào quản trị quốc gia như một cam kết đạo đức–pháp lý: Nhà nước và xã hội **có trách nhiệm** đảm bảo đời sống vật chất–tinh thần và chăm sóc sức khỏe cho người có công, đồng thời liên tục hoàn thiện dữ liệu, thể chế và cơ chế để "không ai bị bỏ lại phía sau" trong hành trình tri ân.

Ở bình diện chính sách, "Đền ơn đáp nghĩa" được thể chế hóa thành những cấu phần lớn sau: (i) **trợ cấp, phụ cấp ưu đãi** (hằng tháng, một lần), (ii) **điều dưỡng phục hồi sức khỏe**, (iii) **bảo hiểm y tế và ưu tiên tiếp cận dịch vụ**, (iv) **hỗ trợ nhà ở, giáo dục, việc làm**, và (v) **tôn tạo công trình ghi công** (nghĩa trang, đài tưởng niệm, nhà bia...). Tầm nhìn chính sách hiện nay nhấn mạnh "tôn vinh toàn diện" và đặt mục tiêu **bảo đảm người có công và gia đình người có công có mức sống từ trung bình khá trở lên**, đồng thời hoàn thiện hệ thống thông tin dữ liệu về người có công.

Điều quan trọng là chính sách **không đứng yên**. Việt Nam điều chỉnh chuẩn trợ cấp và các chế độ theo điều kiện kinh tế–xã hội và yêu cầu công bằng. Chẳng hạn, Nghị định 77/2024 và các quy định liên quan xác lập mức chuẩn 2.789.000 đồng và cơ chế điều dưỡng, với mức chi cụ thể cho điều dưỡng tập trung và tại nhà từ 1/1/2025. Ở góc độ quản trị rủi ro, cơ quan kiểm toán nhà nước cũng chỉ ra những "điểm nghẽn" về đồng bộ

pháp lý, đối tượng thụ hưởng và thủ tục; đồng thời nhấn mạnh yêu cầu sửa đổi, hoàn thiện để thực thi hiệu quả hơn.

Một điểm nhấn mang tính "cơ sở dữ liệu của lòng biết ơn" là số hóa thông tin liệt sĩ và nghĩa trang. Khi khai trương cổng tra cứu thông tin mộ liệt sĩ, truyền thông nhà nước ghi nhận cơ sở dữ liệu ban đầu gồm **gần 850.000 mộ liệt sĩ tại hơn 3.000 nghĩa trang**. Về sau, Báo Điện tử Chính phủ tiếp tục phản ánh quy mô bài toán còn dang dở: **khoảng 300.000 liệt sĩ an táng tại hơn 3.000 nghĩa trang chưa xác định đủ thông tin** và **gần 200.000 liệt sĩ chưa được quy tập**; đồng thời đặt mục tiêu đến 2030 xác định danh tính khoảng 20.000 mẫu bằng giám định ADN và xác minh 60% mộ thiếu thông tin bằng phương pháp thực chứng. Những con số ấy nhắc chúng ta rằng "tri ân" không chỉ là một ngày kỷ niệm; đó là một chương trình dài hơi, cần dữ liệu tin cậy và công nghệ đúng hướng.

Từ góc nhìn y tế công cộng, tôi muốn nhấn mạnh một sự thật: **chính sách người có công không thể tách rời chính sách NCDs và già hóa**. Việt Nam có Chiến lược quốc gia phòng chống NCDs giai đoạn 2015–2025 (QĐ 376/QĐ-TTg) với các chỉ tiêu như khống chế tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen... và mục tiêu giảm tử vong sớm do các nhóm bệnh ưu tiên. Khi người có công bước vào tuổi cao, các chỉ tiêu này trở thành "mẫu số chung" bắt buộc của chăm sóc toàn diện.

Chân dung Người có công thời bình: Những tượng đài và những nỗi đau thầm kín

Bảng 1.1. Khung tiếp cận chăm sóc Người có công trong bối cảnh mới

Phương diện	Cách tiếp cận truyền thống	Cách tiếp cận đổi mới, toàn diện	Ý nghĩa chính sách
Mục tiêu chăm sóc	Đáp ứng chế độ, điều dưỡng theo đợt	Chăm sóc liên tục, nâng cao chất lượng sống	Chuyển từ hỗ trợ đơn thuần sang phát triển con người
Đối tượng nhìn nhận	"Đối tượng chính sách"	Con người có lịch sử cống hiến, có nhu cầu đa chiều	Khẳng định phẩm giá và tính cá thể hóa
Trọng tâm y tế	Chữa bệnh, cấp thuốc, theo dõi cơ bản	Quản lý sức khỏe trọn đời, phục hồi chức năng, giảm nhẹ	Nâng vai trò y học thành trụ cột hệ thống
Trọng tâm tinh thần	Thăm hỏi, động viên theo dịp	Trị liệu ký ức, môi trường chữa lành, công tác xã hội	Chữa lành tinh thần trở thành cấu phần chính thức

Phương diện	Cách tiếp cận truyền thống	Cách tiếp cận đổi mới, toàn diện	Ý nghĩa chính sách
Vai trò của gia đình	Chủ yếu phối hợp tự phát	Đối tác chăm sóc có hướng dẫn và hỗ trợ	Giảm gánh nặng, tăng hiệu quả chăm sóc liên tục
Vai trò của cộng đồng	Tham gia phong trào, mang tính thời điểm	Nguồn lực đồng hành thường xuyên, kết nối thế hệ	Xây dựng hệ sinh thái tri ân bền vững
Cơ sở điều dưỡng	Nơi tiếp nhận, nuôi dưỡng, điều dưỡng	Trung tâm điều phối chăm sóc "Thân – Tâm – Tuệ"	Tái định vị chức năng của hệ thống cơ sở
Quản trị dữ liệu	Hồ sơ phân tán, theo từng đợt	Bệnh án điện tử trọn đời, liên thông đa tuyến	Tăng tính liên tục, giảm phân mảnh
Nhân lực	Thiên về phục vụ hành chính – y tế cơ bản	Nhân lực đặc thù: chuyên môn, nhân văn, kỷ luật	Cần đào tạo riêng và đãi ngộ đặc thù
Đánh giá hiệu quả	Số lượt phục vụ, số đợt điều dưỡng	Chức năng sống, hài lòng, tinh thần, mức độ lan tỏa	Chuyển từ quản lý đầu vào sang quản trị kết quả

Hình 1.1. Sự chuyển dịch từ mô hình tri ân truyền thống sang hệ sinh thái chăm sóc Người có công toàn diện

MÔ HÌNH TRUYỀN THỐNG

(thiên về trợ cấp – điều dưỡng theo đợt – chăm sóc phân tán)

|

▼

Nhận diện những giới hạn mới

- Già hóa dân số Người có công
- Đa bệnh lý, suy giảm chức năng
- Nhu cầu tinh thần và kết nối xã hội tăng cao
- Hệ thống còn phân mảnh, thủ tục còn nặng

|

▼

YÊU CẦU ĐỔI MỚI

(chăm sóc liên tục – cá thể hóa – tích hợp – nhân văn)

|

▼

MÔ HÌNH CHĂM SÓC TOÀN DIỆN "THÂN – TÂM – TUỆ"

- THÂN: y học, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ
- TÂM: trị liệu ký ức, môi trường chữa lành, công tác xã hội
- TUỆ: giáo dục truyền thống, kết nối thế hệ, lan tỏa giá trị

|

▼

HỆ SINH THÁI TRI ÂN HIỆN ĐẠI

- Người có công là trung tâm
- Gia đình là đối tác chăm sóc
- Cộng đồng là nguồn lực đồng hành
- Cơ sở điều dưỡng là trung tâm điều phối
- Công nghệ và quản trị là nền tảng vận hành

|

▼

ĐÍCH ĐẾN

- Sức khỏe tốt hơn
- Tinh thần vững hơn
- Chất lượng sống cao hơn
- Phẩm giá được bảo đảm
- Giá trị cống hiến tiếp tục lan tỏa

Mục 1.2. Nếu chỉ nhìn người có công qua con số trợ cấp, chúng ta sẽ bỏ lỡ phần quan trọng nhất: **phẩm giá và câu chuyện đời người**. Thực tiễn cho thấy quy mô nhóm đối tượng là rất lớn: Bộ quản lý chuyên ngành từng được trích dẫn là đã xác nhận **9,2 triệu người có công và thân nhân**; trong đó **hơn 1,3 triệu người hưởng trợ cấp hằng tháng**. Chỉ riêng một đợt tặng quà theo quyết định của Chủ tịch nước nhân dịp 27/7/2025, thông tin chính sách nêu **gần 1,6 triệu người có công thuộc diện được tặng quà**. Đằng sau "một phẩy sáu triệu" ấy là hàng triệu gia đình, mỗi gia đình là một bản trường ca, có chương huy hoàng và có chương lặng thầm chịu đựng.

Lớp người có công hôm nay đang đi qua thời bình trong một bối cảnh sinh học khác hẳn: **già hóa nhanh**. Cơ quan thống kê quốc gia phân tích rằng năm 2024 có khoảng **14,2 triệu người từ 60 tuổi trở lên**, tăng mạnh so với các mốc trước đó, và dự báo 2030 xấp xỉ **18 triệu**. Ở đây, điều cần nói thẳng là: một phần lớn người có công hiện nay cũng nằm trong "quỹ đạo tuổi già", nghĩa là nhu cầu chăm sóc sẽ chuyển từ **điều trị đơn bệnh** sang **quản lý đa vấn đề**: tim mạch, chuyển hóa, hô hấp mạn, cơ xương khớp, suy giảm chức năng, sa sút trí tuệ, trầm cảm, cô đơn.

Gánh nặng NCDs khiến "thời bình" không đồng nghĩa "nhẹ bệnh". WHO ghi nhận **77% tử vong tại Việt Nam liên quan đến NCDs**, và dữ liệu chỉ báo (dẫn chiếu WHO Global Health Estimates) cho thấy tỷ trọng tử vong do NCDs **đạt 81% năm 2019**. Với người có công, NCDs thường đi kèm hệ quả gián tiếp của chiến tranh: thương tật làm giảm vận động; đau mạn tính làm rối loạn giấc ngủ; hạn chế xã hội làm tăng nguy cơ trầm cảm; và điều trị kéo dài làm tăng chi phí y tế hộ gia đình nếu hệ thống không "đỡ" kịp thời.

Nhưng có một "khoảng tối" y khoa mà người thầy thuốc nào cũng từng chạm mặt: **vết thương vô hình**. Nghiên cứu về cựu binh thời kỳ chiến tranh Việt Nam cho thấy PTSD có thể tồn tại dai dẳng và có tỷ lệ đáng kể tùy nhóm đối tượng và phơi nhiễm chiến tranh; ví dụ một nghiên cứu đăng trên JAMA Psychiatry xem xét PTSD ở nữ cựu binh thời kỳ Việt Nam. Các tổng quan về PTSD ở cựu binh Việt Nam cũng ghi nhận tỷ lệ PTSD hiện tại cao hơn nhóm cùng thế hệ không tham chiến, và khác biệt theo nhóm sắc tộc/tiếp xúc chiến tranh. Dù bối cảnh và hệ thống chăm sóc của Hoa Kỳ khác Việt Nam, thông điệp vẫn mang tính phổ quát: nếu chăm sóc người có công **bỏ quên sức khỏe tâm thần**, chúng ta chỉ mới tri ân bằng "một nửa sự thật".

Trong thời bình, nỗi đau còn mang tên… **thiếu thông tin**. Còn khoảng **300.000 liệt sĩ an táng tại hơn 3.000 nghĩa trang chưa đủ thông tin** và **gần 200.000 liệt sĩ chưa được quy tập**; đó không chỉ là bài toán hành chính, mà là sự treo lơ lửng của một phần tang chế quốc gia. Cơ sở dữ liệu mộ liệt sĩ ban đầu được công bố ở mức **gần 850.000 mộ** cũng nhắc chúng ta rằng, tri ân hôm nay phải đi cùng năng lực số hóa, đối sánh dữ liệu và xác minh thực chứng.

Vì thế, khi phác họa "chân dung người có công thời bình", tôi muốn đặt họ ở đúng vị trí: **không chỉ là đối tượng thụ hưởng**, mà là "tượng đài sống" của ký ức lịch sử. Tri ân đúng nghĩa là giúp họ sống những năm tháng cuối đời **ít đau hơn, ít cô đơn hơn, và có chất lượng sống tốt hơn**—một chuẩn mực vừa nhân văn vừa đo lường được bằng chỉ số y tế.

Sự chuyển dịch tư duy: Từ mô hình "Nuôi dưỡng thụ động" sang "Chăm sóc và Kiến tạo chất lượng sống chủ động"

Mục 1.3. "Nuôi dưỡng" là cần, nhưng **không đủ**. Khi NCDs chiếm tỷ trọng tử vong lớn và già hóa tăng tốc, chăm sóc người có công cần đi từ mô hình "tĩnh" (ăn–ở–trợ cấp) sang mô hình "động" (dự phòng–quản lý bệnh mạn–phục hồi chức năng–sức khỏe tâm thần–kết nối xã hội). Tôi gọi đó là chuyển dịch từ **an sinh** sang **an khỏe**.

So sánh với chuẩn quốc tế và bài học thích ứng

Một điểm tựa quan trọng là mô hình tích hợp. Ở Hoa Kỳ, **Veterans Health Administration (VHA)** được giới thiệu là **hệ thống chăm sóc sức khỏe tích hợp lớn nhất nước Mỹ**, vận hành mạng lưới cơ sở rất lớn và phục vụ hàng triệu cựu binh mỗi năm. Bài học cốt lõi không nằm ở quy mô ngân sách, mà ở tư duy: **quản trị bằng dữ liệu sức khỏe**, chuẩn hóa tuyến dịch vụ, và đặt phục hồi–tâm thần học như cấu phần trung tâm của chăm sóc cựu binh.

Nhật Bản lại cho thấy một mô hình đặc biệt phù hợp với xã hội già hóa: **Long-term Care Insurance (LTCI/Kaigo)**. Bộ Y tế–Lao động–Phúc lợi Nhật Bản mô tả hệ thống bảo hiểm chăm sóc dài hạn, hướng đến mục tiêu và cơ chế triển khai riêng cho chăm sóc người cao tuổi. Bài học Việt Nam có thể học không phải là "chép" hệ thống bảo hiểm, mà là **xây dựng gói dịch vụ chăm sóc dài hạn theo mức độ phụ thuộc**, gắn với đánh giá chức năng, kế hoạch chăm sóc cá thể hóa và giám sát chất lượng.

Với Đông Âu và Nga, mô hình "sanatorium" (điều dưỡng–phục hồi khí hậu/spa–vật lý trị liệu) gợi nhắc rằng phục hồi chức năng hiệu quả thường là **tổ hợp** giữa y học hiện đại, vật lý trị liệu và môi trường phục hồi. Trong bối cảnh Việt Nam có hệ thống điều dưỡng người có công và nhu cầu phục hồi chức năng lớn, "bài học sanatorium" có thể được tiếp biến thành: nâng chuẩn phục hồi theo phác đồ, tăng cường vật lý trị liệu–hoạt động trị liệu, kết hợp y học cổ truyền và thiết kế không gian chữa lành (khí hậu, cây xanh, vận động an toàn).

Thực trạng năng lực hệ thống và "điểm tựa" để chuyển dịch

Nguồn lực xã hội không nhỏ, nhưng nếu không tái cấu trúc, nguồn lực có thể "chảy" nhiều mà hiệu quả sức khỏe tăng chậm. Kiểm toán nhà nước nêu kinh phí trợ cấp, phụ cấp ưu đãi người có công trong năm 2024 là **35.629 tỷ đồng** và ghi nhận nhu cầu hoàn thiện cơ chế do bất cập pháp lý, phát sinh chi phí giám định, thủ tục... Ở phía chính sách dịch vụ,

mức chi điều dưỡng phục hồi sức khỏe đã được cụ thể hóa theo lần điều dưỡng (tập trung/tại nhà), tạo nền tảng tính toán gói dịch vụ.

Một "điểm tựa" quan trọng khác là mạng lưới cơ sở. Tạp chí Cộng sản (bản tiếng Anh) nêu mạng lưới cơ sở **nuôi dưỡng, điều dưỡng, chỉnh hình và phục hồi chức năng** được quy hoạch, với **65 cơ sở trên toàn quốc** được đầu tư trang thiết bị và dịch vụ để đáp ứng yêu cầu điều dưỡng, đặc biệt cho thương binh nặng. Nếu coi 65 cơ sở này là "xương sống", thì chuyển dịch tư duy cần biến chúng từ nơi lưu trú thành **trung tâm y–phục hồi tích hợp**, có chỉ số đầu ra sức khỏe (functional outcomes), không chỉ có chỉ tiêu phục vụ hành chính.

Lộ trình chuyển dịch tư duy với bước đi cụ thể và chỉ số mục tiêu

Tôi đề xuất 3 giai đoạn triển khai (có thể áp dụng cho hệ thống trung tâm điều dưỡng người có công và các địa phương), với các chỉ số đo lường rõ ràng. Các chỉ số dưới đây là **đề xuất mục tiêu**; số nền (baseline) cần khảo sát/khai thác dữ liệu hành chính, nêu ở tiểu mục "Dữ liệu cần thu thập".

Giai đoạn chuẩn hóa nền tảng

Trọng tâm là "đặt đường ray": thống nhất dữ liệu, chuẩn hóa sàng lọc và lập kế hoạch chăm sóc. Nên ưu tiên hoàn thiện **hệ thống thông tin, dữ liệu về người có công** theo định hướng đã được nêu ở chương trình hành động chính sách xã hội. Mục tiêu kỹ thuật có thể đặt: **70% hồ sơ người có công đang hưởng trợ cấp hằng tháng** có "hồ sơ sức khỏe tối thiểu" (tiền sử bệnh, thuốc đang dùng, chẩn đoán NCD chính, mức độ suy giảm chức năng) dưới dạng điện tử vào cuối năm 2027; **90%** vào cuối năm 2029.

Giai đoạn y tế hóa dịch vụ điều dưỡng

Trọng tâm là biến "điều dưỡng" thành một gói y tế–phục hồi có kết quả đo được. Khi mức chi điều dưỡng đã rõ (tập trung và tại nhà), hệ thống có thể thiết kế **gói dịch vụ chuẩn** trong mức chi: sàng lọc NCD trọng điểm, rà soát thuốc (polypharmacy), tư vấn dinh dưỡng–vận động, đánh giá thang điểm chức năng (ADL/IADL), đánh giá nguy cơ té ngã và can thiệp. Mục tiêu đề xuất: đến 2030, **ít nhất 60%** người có công cao tuổi (≥60) có tối thiểu **01 lần/năm** được đánh giá chức năng chuẩn hóa kèm kế hoạch can thiệp.

Giai đoạn tích hợp sức khỏe tâm thần và phục hồi chức năng

Trọng tâm là chạm vào "vết thương vô hình". Dựa trên bằng chứng quốc tế về PTSD ở cựu binh và xu hướng đồng mắc kéo dài, cần đưa sàng lọc trầm cảm–lo âu–PTSD vào quy trình điều dưỡng, đồng thời thiết lập tuyến chuyển (referral) tâm lý–tâm thần. Mục tiêu đề xuất: đến 2030, **70%** người có công tham gia điều dưỡng tập trung được sàng lọc sức khỏe tâm thần tối thiểu bằng bộ câu hỏi ngắn; **30%** trong số ca dương tính được tiếp cận can thiệp tối thiểu (tư vấn, nhóm trị liệu, hoặc khám chuyên khoa).

Chỉ số nhân lực chuyên môn/1.000 người có công

Để mô hình vận hành được, nhân lực phải "đúng vai". Tôi đề xuất chỉ số mục tiêu (định hướng) cho mạng lưới chăm sóc người có công hưởng trợ cấp hằng tháng:

- **Bác sĩ**: 1,0/1.000 người có công
- **Điều dưỡng**: 3,0/1.000
- **Kỹ thuật viên phục hồi chức năng (VLTL–HĐTL)**: 1,0/1.000
- **Tâm lý lâm sàng/công tác xã hội**: 0,5/1.000

Các con số này mang tính mục tiêu để lập kế hoạch đào tạo và tuyển dụng; cần hiệu chỉnh theo mức độ phụ thuộc chức năng và cấu trúc bệnh tật tại từng vùng.

Ước tính chi phí sơ bộ và giả định minh bạch

Do chưa có bộ dữ liệu chi phí chuẩn theo ca bệnh của hệ thống người có công, phần ước tính dưới đây dùng **giả định thận trọng** để minh họa quy mô ngân sách cần thiết cho chuyển đổi (không thay thế dự toán Nhà nước).

Giả định A: nhóm ưu tiên quản lý sức khỏe điện tử trước hết là **hơn 1,3 triệu người hưởng trợ cấp hằng tháng**.
Giả định B: chi phí tạo lập "hồ sơ sức khỏe điện tử tối thiểu" (chuẩn dữ liệu, nhập liệu ban đầu, định danh, đồng bộ nền tảng) trung bình **50.000 đồng/người**; chi phí vận hành–bảo trì **10.000 đồng/người/năm**.

Khi đó, chi phí khởi tạo một lần ≈ 1,3 triệu × 50.000 = **65 tỷ đồng**. Chi phí vận hành hằng năm ≈ 1,3 triệu × 10.000 = **13 tỷ đồng/năm**. So với tổng kinh phí trợ cấp ưu đãi nêu ở năm 2024 (**35.629 tỷ đồng**), phần chi cho nền tảng dữ liệu là nhỏ, nhưng tác động quản trị có thể rất lớn (giảm trùng lặp, phát hiện sớm, điều phối tuyến chăm sóc).

Giả định C: tăng cường điều dưỡng y tế hóa: bổ sung gói sàng lọc NCD–đánh giá chức năng với chi phí tăng thêm **150.000 đồng/lượt điều dưỡng** (trong/ngoài mức chi điều dưỡng tùy cấu phần). Nếu áp dụng cho 500.000 lượt/năm, chi phí tăng thêm khoảng **75 tỷ đồng/năm**. Con số lượt thực tế cần lấy từ dữ liệu hành chính điều dưỡng (dữ liệu hiện chưa được công bố đồng nhất toàn quốc; danh mục dữ liệu cần thu thập nêu ở phần sau).

Bảng biểu và minh họa

Bảng và biểu đồ dưới đây nhằm "đóng khung" quy mô vấn đề bằng các mốc số liệu có nguồn, đồng thời minh họa logic chuyển dịch mô hình.

Bảng số liệu quốc gia và chỉ báo liên quan

Nhóm chỉ số	Giá trị	Năm (nguồn)	Ý nghĩa chính sách
Người có công và thân nhân đã được xác nhận	~9,2 triệu	2024 (trích dẫn MoLISA)	Quy mô đối tượng tri ân ở cấp quốc gia, bao gồm cả thân nhân.
Người có công hưởng trợ cấp hằng tháng	>1,3 triệu	2021–2022 (bài tổng quan chính sách)	Nhóm ưu tiên quản lý sức khỏe, vì có hồ sơ hành chính ổn định và nhu cầu chăm sóc dài hạn.
Số người có công thuộc diện tặng quà dịp 27/7	gần 1,6 triệu	2025 (Thông tin chính sách)	Ước lượng gần với "quy mô thực hành" của hệ thống chi trả/tri ân định kỳ.
Kinh phí trợ cấp, phụ cấp ưu đãi người có công	35.629 tỷ đồng	2024 (KTNN)	Áp lực ngân sách và yêu cầu nâng hiệu quả chi tiêu theo đầu ra sức khỏe.
Mức chi điều dưỡng phục hồi sức khỏe tập trung	5.020.200 đ/người/lần	2025 (quy định mức chi)	Cơ sở thiết kế gói dịch vụ điều dưỡng y tế hóa.
Mức chi điều dưỡng phục hồi sức khỏe tại nhà	2.510.100 đ/người/lần	2025 (quy định mức chi)	Mở cửa cho mô hình chăm sóc tại cộng đồng, giảm tải cơ sở tập trung.
Mộ liệt sĩ trong dữ liệu số hóa ban đầu	gần 850.000 mộ	2018 (VTV)	Nền tảng dữ liệu tri ân; hỗ trợ tìm kiếm, quy tập, kết nối thân nhân.
Liệt sĩ chưa đủ thông tin tại nghĩa trang	~300.000	2025 (Báo Điện tử CP)	Nút thắt dữ liệu, cần giải pháp công nghệ–thực chứng–ADN.
Liệt sĩ chưa được quy tập	gần 200.000	2025 (Báo Điện tử CP)	Nhiệm vụ tri ân dài hạn, đòi hỏi phối hợp liên ngành.
Dân số từ 60 tuổi trở lên	14,2 triệu (2024); ~18 triệu (2030, dự báo)	2025 (phân tích của cơ quan thống kê)	Già hóa nhanh làm tăng nhu cầu chăm sóc dài hạn, quản lý NCD và suy giảm chức năng.

Nhóm chỉ số	Giá trị	Năm (nguồn)	Ý nghĩa chính sách
Tỷ lệ tử vong liên quan NCDs	77%	WHO (tài liệu quốc gia)	NCDs là "trục bệnh tật" chi phối hệ thống chăm sóc, đặc biệt cho người cao tuổi.
Tử vong do NCDs (% tổng tử vong)	81% (2019)	World Bank (dẫn WHO GHE)	Chỉ báo so sánh quốc tế; nhấn mạnh gánh nặng NCDs ở Việt Nam.
Mạng lưới cơ sở nuôi dưỡng–điều dưỡng–chỉnh hình PHCN	65 cơ sở	2021–2022 (tổng quan chính sách)	"Xương sống" để chuyển đổi sang mô hình chăm sóc tích hợp.

Bảng so sánh mô hình chăm sóc

Tiêu chí	Việt Nam (hệ thống người có công)	VHA Hoa Kỳ	Kaigo Nhật Bản	Gợi ý tiếp biến cho Việt Nam
Định hướng	Ưu đãi–an sinh gắn tri ân; đang tăng cường dữ liệu	Hệ thống y tế tích hợp quy mô lớn cho cựu binh	Chăm sóc dài hạn có cấu trúc, có mục tiêu và cơ chế triển khai	Chuyển "điều dưỡng" thành gói chăm sóc dài hạn dựa trên đánh giá chức năng
Dữ liệu	Mạnh về hồ sơ hành chính; dữ liệu sức khỏe còn phân mảnh	Quản trị theo mạng lưới và dữ liệu hệ thống (quy mô cơ sở lớn)	Quản lý theo hệ thống bảo hiểm/chăm sóc dài hạn	Đồng bộ định danh–hồ sơ sức khỏe tối thiểu; đo kết quả phục hồi
NCDs & đa bệnh lý	Gánh nặng NCD rất cao ở cấp quốc gia	Tích hợp chăm sóc mạn tính trong hệ thống	Gắn chăm sóc với suy giảm chức năng người cao tuổi	Chuẩn hóa "đường dẫn lâm sàng" cho tăng HA, ĐTĐ, COPD, đau mạn tính…
Sức khỏe tâm thần	Chưa đồng đều; nhu cầu lớn	Tâm thần học là cấu phần quan trọng trong sức khỏe cựu binh	Lồng ghép theo nhu cầu người cao tuổi	Bắt buộc sàng lọc trầm cảm/PTSD trong điều dưỡng tập trung

Tiêu chí	Việt Nam (hệ thống người có công)	VHA Hoa Kỳ	Kaigo Nhật Bản	Gợi ý tiếp biến cho Việt Nam
Tài chính	Ngân sách trợ cấp lớn (ví dụ 35.629 tỷ năm 2024)	Ngân sách liên bang + quản trị hiệu quả	Bảo hiểm chăm sóc dài hạn	Tách bạch “chi trả tri ân” và “chi trả theo kết quả chăm sóc” (pilot)
Cơ sở hạ tầng	Có mạng lưới cơ sở điều dưỡng–PHCN (65)	Mạng lưới cơ sở rộng lớn	Hệ thống dịch vụ đa dạng	Nâng chuẩn PHCN và an toàn người cao tuổi trong 65 cơ sở

Mermaid timeline gợi ý tiến trình chính sách và chuyển đổi

2015QĐ 376/QĐ-TTg phêduyệt Chiến lượcquốc gia phòng,chống NCDs2015-20252018Số hóa thông tin~850.000 mộ liệt sĩtại >3.000 nghĩatrang (mốc dữ liệuban đầu)2020Pháp lệnh ưu đãingười có công (sửađổi) – củng cốnguyên tắc “chămsóc sức khỏe, đờisống” là trách nhiệmNhà nước và xã hội2024Nghị quyết/Chươngtrình hành động vềđổi mới chính sáchxã hội, mục tiêumức sống “trungbình khá trở lên”2024Điều chỉnh mứcchuẩn trợ cấp lên2.789.000 đồng;thiết kế lại cơ chếchi điều dưỡng2025Áp dụng mức chiđiều dưỡng tậptrung/tại nhà theomức chuẩn; ~1,6triệu người có côngthuộc diện tặng quàdịp 27/72030Mục tiêu xác minhdanh tính liệt sĩbằng ADN & thựcchứng; mục tiêu baophủ chăm sóc toàndiện cho người cócôngTiến trình thể chế hóa tri ân và định hướng chuyển dịch sang chăm sóc chủ động

Hiển thị mã

Các mốc trong timeline dựa trên văn bản chiến lược NCDs (QĐ 376/QĐ-TTg), thông tin dữ liệu mộ liệt sĩ ban đầu, cơ chế điều chỉnh mức chuẩn và chi điều dưỡng, cùng mục tiêu nhận diện liệt sĩ đến 2030.

Biểu đồ gợi ý về già hóa và gánh nặng NCDs

Già hóa dân số Việt Nam và gánh nặng NCDs (mốc chọn lọc)2014201920242030 (dự báo)20191817161514131211098Số người 60+ (triệu)

Hiển thị mã

Giá trị 60+ (triệu người) được tổng hợp theo phân tích của cơ quan thống kê: 2024 là 14,2 triệu và 2030 xấp xỉ 18 triệu; các mốc 2014/2019 thể hiện xu hướng tăng mạnh trong cùng phân tích.

Tỷ trọng tử vong do NCDs ở Việt Nam (hai nguồn quốc tế)WHO (tài liệu quốc gia)World Bank (WHO GHE, 2019)90888684828078767472706866646260% tổng tử vong

Hiển thị mã

Hai con số trong biểu đồ xuất phát từ hai hệ quy chiếu: tài liệu quốc gia của WHO nêu 77% tử vong liên quan NCDs; chỉ báo World Bank (trích WHO Global Health Estimates) cho Việt Nam năm 2019 là 81%.

Kết luận và khuyến nghị chính sách

"Đền ơn đáp nghĩa" trong kỷ nguyên mới cần được hiểu như một chuẩn mực quốc gia về **công bằng sức khỏe**. Khi quy mô người có công và thân nhân đã xác nhận lên tới **9,2 triệu** và nhóm hưởng trợ cấp hằng tháng **trên 1,3 triệu**, hệ thống không thể chỉ dựa vào trợ cấp và điều dưỡng theo nghĩa lưu trú. Trước già hóa nhanh và gánh nặng NCDs (WHO nêu 77% tử vong liên quan NCDs), tri ân đúng nghĩa là xây dựng một mô hình chăm sóc chủ động, dựa trên dữ liệu, hướng tới chất lượng sống và phẩm giá con người.

Dưới đây là **5 khuyến nghị chính sách có thể đo lường**, ưu tiên làm được ngay, đo được ngay, và mở rộng được:

1. **Chuẩn hóa hồ sơ sức khỏe điện tử tối thiểu cho người có công hưởng trợ cấp hằng tháng**: đạt **70% bao phủ vào 2027** và **90% vào 2029**; tích hợp định danh và tối thiểu 10 trường dữ liệu lâm sàng (NCD chính, thuốc, chức năng, sức khỏe tâm thần). Cơ sở cần gắn với mục tiêu hoàn thiện dữ liệu người có công trong chương trình hành động chính sách xã hội.

2. **Y tế hóa gói điều dưỡng phục hồi sức khỏe** trong mức chi hiện hành: đến **2030**, ít nhất **60% người có công ≥60 tuổi** có **đánh giá chức năng chuẩn hóa 1 lần/năm**; tối thiểu 4 can thiệp bắt buộc (sàng lọc tăng HA/ĐTĐ, rà soát thuốc, nguy cơ té ngã, kế hoạch vận động). Điểm tựa tài chính là cơ chế chi điều dưỡng tập trung/tại nhà đã được quy định rõ.

3. **Lồng ghép sàng lọc sức khỏe tâm thần vào điều dưỡng tập trung**: đến **2030**, đạt **70% sàng lọc** và **30% can thiệp tối thiểu** cho nhóm nguy cơ (tư vấn/nhóm trị liệu/chuyển tuyến). Cơ sở khoa học dựa trên bằng chứng PTSD ở cựu binh và nguy cơ kéo dài, đồng thời phù hợp mục tiêu chăm lo toàn diện.

4. **Tái cấu trúc 65 cơ sở nuôi dưỡng–điều dưỡng–PHCN thành "trung tâm chăm sóc tích hợp"** với chỉ số đầu ra: ít nhất **50% cơ sở** có đơn vị PHCN đạt chuẩn (VLTL–HĐTL), có quy trình quản lý đau mạn, suy yếu, và an toàn người cao tuổi vào 2028; **100%** vào 2035. Điểm tựa là mạng lưới 65 cơ sở đã được nêu trong tổng quan chính sách.

5. **Thiết lập bộ chỉ số chất lượng chăm sóc người có công ở cấp quốc gia** (dashboard): gồm (i) tỷ lệ kiểm soát tăng HA/ĐTĐ, (ii) tỷ lệ té ngã trong cơ sở, (iii) tỷ lệ tái nhập viện 30 ngày, (iv) tỷ lệ sàng lọc trầm cảm/PTSD, (v) hài lòng người bệnh. Gắn chỉ số với cơ chế phân bổ ngân sách từng phần theo kết quả để nâng hiệu quả chi tiêu trong bối cảnh kinh phí trợ cấp ưu đãi rất lớn.

Dữ liệu còn thiếu cần thu thập và phương pháp đề xuất

Hiện các nguồn công khai chưa cung cấp đồng nhất các số nền (baseline) theo đúng nhu cầu quản trị y tế hóa người có công, đặc biệt cho: (i) tỷ lệ NCD cụ thể trong nhóm người có công (tăng HA, ĐTĐ, COPD…), (ii) tỷ lệ đa bệnh lý (≥2–≥3 bệnh mạn), (iii) tỷ lệ trầm cảm/PTSD, (iv) số lượt điều dưỡng hằng năm theo loại hình, (v) nhân lực theo chức danh ở từng cơ sở.

Để lấp khoảng trống này, cần triển khai song song 2 kênh: trích xuất **dữ liệu hành chính** (hồ sơ trợ cấp, điều dưỡng, BHYT) và **khảo sát sức khỏe chuẩn hóa** (mẫu đại diện theo vùng, ưu tiên nhóm ≥60 tuổi và thương bệnh binh nặng). Điểm xuất phát có thể dựa trên định hướng hoàn thiện dữ liệu người có công và các dự án số hóa thông tin liệt sĩ, bởi hệ thống đã chứng minh năng lực triển khai dữ liệu quy mô quốc gia khi có cơ chế chỉ đạo và phối hợp liên ngành.

CHƯƠNG 2. ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ NHU CẦU Y TẾ ĐẶC THÙ CỦA THƯƠNG BỆNH BINH

Executive Summary

Thương bệnh binh là một nhóm người bệnh rất đặc biệt: cơ thể đã mang "dấu vết" chiến tranh, nhưng lại đang đi qua một giai đoạn sinh học không thể đảo ngược – lão hóa. Khi hai đường cong này giao nhau, y học ghi nhận một **"gánh nặng kép"**: di chứng chiến tranh làm giảm dự trữ chức năng, còn lão hóa làm tăng tốc suy giảm và "bộc lộ" các bệnh mạn tính. Bối cảnh này diễn ra trong một Việt Nam đang già hóa nhanh; riêng điều tra dân số giữa kỳ 2024 cho thấy nhóm **từ 65 tuổi trở lên chiếm 9,3% dân số**, và nhóm **từ 60 tuổi trở lên đạt 14,2 triệu người**.

Bên cạnh đó, hệ bệnh tật của xã hội cũng đã chuyển dịch mạnh sang bệnh không lây nhiễm (NCDs). WHO cho biết **NCDs gây khoảng 80% tử vong tại Việt Nam**, và đáng lo hơn, **khoảng 70–80% người tăng huyết áp hoặc đái tháo đường chưa được điều trị** – một "khoảng trống" chăm sóc cơ bản ngay trong cộng đồng. Với thương bệnh binh, khoảng trống này thường rộng hơn do hạn chế vận động, đau mạn tính, rối loạn giấc ngủ, khó tiếp cận dịch vụ và gánh nặng tâm lý xã hội kéo dài.

Chương này đi theo ba trục: **(i) gánh nặng kép** của di chứng chiến tranh và lão hóa; **(ii) "vết thương vô hình" – PTSD** và các rối loạn liên quan; **(iii) đa bệnh lý – quản lý NCDs trên cơ thể thương tật**. Trên nền chính sách quốc gia phòng chống NCDs (Quyết định 376/QĐ-TTg), các chỉ tiêu đến 2025 như **khống chế tăng huyết áp dưới 30%**, **50% người tăng huyết áp được phát hiện và 50% được quản lý/điều trị**, **khống chế đái tháo đường dưới 8% (nhóm 30–69 tuổi)** đặt ra một "chuẩn tối thiểu" mà hệ thống chăm sóc thương bệnh binh cần bám vào để không bị bỏ lại phía sau.

Từ kinh nghiệm quốc tế (hệ thống cựu chiến binh và nghiên cứu VA cho thấy PTSD có thể là yếu tố nguy cơ "có thể can thiệp" ảnh hưởng đến biến chứng đái tháo đường), chương đề xuất một mô hình chăm sóc tích hợp: **y tế – phục hồi chức năng – sức khỏe tâm thần – xã hội**, với quy trình sàng lọc rõ ràng, bộ chỉ số mục tiêu đo được, và ước tính chi phí theo kịch bản (do thiếu số liệu đầu vào về quy mô thương bệnh binh theo năm, chương nêu rõ giả định và danh mục dữ liệu cần thu thập).

Bối cảnh dịch tễ và nền tảng chính sách

2.0. Vì sao phải nhìn thương bệnh binh bằng lăng kính "y học hệ thống"? Trong thực hành, tôi thường thấy một nghịch lý: nhiều thương bệnh binh được xã hội tri ân bằng những nghi lễ trang trọng, nhưng trong đời sống hằng ngày lại thiếu một "bản đồ chăm sóc" liên tục, có người chịu đau mạn tính nhiều năm mà không có kế hoạch giảm đau – phục hồi chức năng; có người kiểm soát huyết áp/đường máu không đạt vì không được theo dõi đều; có người mất ngủ và ác mộng kéo dài nhưng chỉ được coi là "tính khí người lính". Chính vì vậy, chăm sóc thương bệnh binh không thể chỉ là "điều trị từng triệu chứng rời rạc", mà phải là một hệ thống quản trị sức khỏe theo vòng đời.

Về quy mô dân số và già hóa – nền "áp lực nền" của mọi chính sách y tế – kết quả điều tra dân số giữa kỳ 2024 cho thấy dân số Việt Nam đạt **101.112.656 người**, trong đó **nhóm 65+ chiếm 9,3%**, và **nhóm 60+ là 14,2 triệu người**; chỉ số già hóa năm 2024 là **60,2%** và tăng nhanh so với 2019, 2014. Trên nền già hóa này, thương bệnh binh (đa số thuộc các thế hệ tham gia kháng chiến) gần như "đi trước" đường cong già hóa chung, nghĩa là tỉ lệ người rất cao tuổi, đa bệnh lý, suy giảm chức năng thường cao hơn mặt bằng dân cư.

Ở cấp quốc gia, Việt Nam đã xác định rõ gánh nặng NCDs. WHO nêu rằng **NCDs gây khoảng 80% tử vong tại Việt Nam**. Đồng thời, WHO cũng chỉ ra một vấn đề mà người làm lâm sàng gặp hằng ngày: **70–80% người tăng huyết áp hoặc đái tháo đường chưa được điều trị**; và giai đoạn 2015–2021 cho thấy xu hướng gia tăng rõ rệt của tăng huyết áp và đái tháo đường.

Về nền tảng chính sách, Quyết định **376/QĐ-TTg (20/3/2015)** phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống một số NCDs giai đoạn 2015–2025 là một "khung chuẩn" quan

trọng để thiết kế gói chăm sóc thương bệnh binh theo tiêu chí quốc gia. Các chỉ tiêu cụ thể đến 2025 gồm: kiểm soát yếu tố nguy cơ, đồng thời đặt mục tiêu kiểm soát bệnh và quản lý điều trị tại hệ thống y tế.

Bảng dưới đây tổng hợp một số số liệu nền và chỉ tiêu chính sách liên quan trực tiếp đến chủ đề chương.

Nhóm chỉ số	**Giá trị trích dẫn**	**Năm/nguồn**
Dân số Việt Nam	101.112.656 người (thời điểm 01/4/2024)	MPI (trích từ kết quả điều tra giữa kỳ 2024)
Tỷ trọng dân số 65+	9,3% dân số	MPI (điều tra giữa kỳ 2024)
Số người 60+	14,2 triệu người	MPI (điều tra giữa kỳ 2024)
Gánh nặng NCDs	NCDs gây ~80% tử vong tại Việt Nam	WHO WPRO (bài viết chuyên đề)
Khoảng trống điều trị	70–80% người THA/ĐTĐ chưa được điều trị	WHO WPRO
Xu hướng tăng THA/ĐTĐ	2015: THA ~1/5; 2021: >1/4. ĐTĐ 2015: ~1/24; 2021: ~1/14	WHO WPRO (mô tả xu hướng)
Chỉ tiêu quốc gia về THA	Khống chế THA <30% người trưởng thành; 50% phát hiện và 50% quản lý/điều trị	QĐ 376/QĐ-TTg
Chỉ tiêu quốc gia về ĐTĐ	Khống chế ĐTĐ <8% (30–69 tuổi); 50% phát hiện và 50% quản lý/điều trị	QĐ 376/QĐ-TTg
Mốc về tổn thất chiến tranh	"Hơn 1,2 triệu liệt sĩ" (thế kỷ XX)	Báo Điện tử Chính phủ (bài 27/7)

Gợi ý biểu đồ (đơn giản hóa từ mô tả WHO, tính theo % xấp xỉ từ "1 trong n người"):

Xu hướng THA và ĐTĐ (ước tính theo mô tả WHO, 2015–2021)201520213028262422201816141210864 20Tỷ lệ (%)

Hiển thị mã

Gánh nặng kép: di chứng chiến tranh và lão hóa tự nhiên

2.1. "Gánh nặng kép" (Dual Burden): là thuật ngữ tôi muốn dùng để mô tả sự cộng hưởng giữa **di chứng chiến tranh** (tổn thương mô/cơ quan, cụt chi, chấn thương chỉnh

hình, phơi nhiễm độc chất, sang chấn tâm lý…) và **lão hóa sinh học** (suy giảm dự trữ chức năng, sarcopenia, loãng xương, thoái hóa khớp, suy giảm nhận thức…). Điểm mấu chốt nằm ở chỗ: di chứng chiến tranh thường "ăn" vào dự trữ chức năng ngay từ tuổi còn trẻ, khiến cơ thể bước vào tuổi già với một nền sinh học mong manh hơn.

Trong già hóa dân số, tỷ trọng người 65+ (9,3%) và số người 60+ (14,2 triệu) không chỉ là con số thống kê, mà là một dự báo về "khối lượng chăm sóc dài hạn" mà hệ thống phải gánh. Với thương bệnh binh, gánh nặng này thường đậm đặc hơn ở ba chiều: **giảm chức năng vận động**, **đau mạn tính**, và **bệnh mạn tính chuyển hóa – tim mạch**. Điều đáng nói là ba chiều ấy thường không "đi riêng rẽ"; chúng tạo thành một vòng xoắn làm suy kiệt sức khỏe.

Từ góc độ lâm sàng, "gánh nặng kép" biểu hiện rất cụ thể. Một thương binh cụt chi có thể đi được nhờ chân còn lại và dụng cụ trợ giúp, nhưng theo năm tháng sẽ xuất hiện thoái hóa khớp gối/háng bên lành do quá tải; đau làm giảm vận động; giảm vận động làm tăng cân và đề kháng insulin; cuối cùng, tăng huyết áp và đái tháo đường xuất hiện như một hệ quả "được báo trước". Khi WHO cảnh báo 70–80% người THA/ĐTĐ chưa được điều trị, điều đó cho thấy nhóm yếu thế như người cao tuổi có thương tật càng dễ rơi vào vùng "không được quản lý".

Ở bình diện chính sách y tế, Chiến lược quốc gia NCDs (QĐ 376/QĐ-TTg) đặt mục tiêu khống chế tỷ lệ THA <30% và ĐTĐ <8% (30–69 tuổi), cùng các chỉ tiêu phát hiện và quản lý điều trị 50%. Nhưng với thương bệnh binh, trọng tâm lại không chỉ là "đạt chỉ tiêu dịch tễ", mà là đạt **chỉ tiêu chất lượng sống**: đi lại ít đau hơn, ngủ tốt hơn, sinh hoạt độc lập tốt hơn, và ít nhập viện vì biến chứng hơn. Đây chính là điểm mà mô hình chăm sóc thông thường dễ bỏ sót nếu chỉ tập trung vào một bệnh.

So với chuẩn quốc tế trong chăm sóc cựu chiến binh, kinh nghiệm từ hệ thống VA cho thấy chăm sóc sức khỏe cựu chiến binh cần theo dõi dài hạn, nhất là sức khỏe tâm thần và các bệnh mạn. Nghiên cứu VA cũng nhấn mạnh rằng sau nhiều thập kỷ, nhóm cựu chiến binh từng tham chiến vẫn có tỷ lệ vấn đề sức khỏe tâm thần (đặc biệt PTSD) cao hơn các nhóm so sánh. Điều này gợi ý một nguyên tắc quan trọng cho Việt Nam: **đừng đợi đến khi người thương binh "gục" vì biến chứng rồi mới can thiệp**; hãy quản trị nguy cơ sớm, liên tục và tích hợp.

Những vết thương vô hình: PTSD và khoảng trống y khoa cần lấp đầy

2.2. Những vết thương vô hình (Silent Wounds): nếu di chứng chiến tranh là "sẹo" nhìn thấy được trên cơ thể, thì PTSD và các rối loạn liên quan là "sẹo" nằm sâu trong thần kinh – tâm trí. PTSD có thể biểu hiện bằng hồi tưởng xâm nhập, ác mộng, né tránh, tê cảm xúc, tăng cảnh giác, khó ngủ; và đáng đau là nhiều người chịu đựng trong im lặng vì tâm thế "người lính không kêu đau" hoặc vì kỳ thị bệnh tâm thần.

Một điểm rất quan trọng về mặt khoa học và tổ chức là: **PTSD hoàn toàn có thể sàng lọc được** và có các can thiệp hiệu quả. Nghiên cứu tại Huế về điều trị PTSD bằng châm cứu phối hợp liệu pháp nhận thức – hành vi (CBT) mô tả quy trình sàng lọc và chẩn đoán khá chuẩn hóa: đối tượng nguy cơ cao (trong đó có cựu chiến binh và người liên quan chiến tranh) được sàng lọc bằng PCL-5, sau đó chẩn đoán xác định bằng CAPS-5 (tiêu chuẩn vàng), rồi can thiệp trong 5 tuần. Kết quả cho thấy tỷ lệ điều trị có hiệu quả đạt **83,3% theo PCL-5** và **86,7% theo DASS-21**, đồng thời ghi nhận tác dụng không mong muốn thấp.

Điều tôi muốn nhấn mạnh ở đây không phải là "châm cứu hay CBT" như một lựa chọn duy nhất, mà là **tư duy chuẩn hóa đường đi lâm sàng**: sàng lọc → chẩn đoán → điều trị → theo dõi kết quả. Khi đường đi này tồn tại, PTSD không còn là một "định mệnh" mà trở thành một bài toán chuyên môn có thể quản trị.

Quan trọng hơn, PTSD không chỉ là nỗi đau tinh thần; nó liên quan rất thật đến bệnh cơ thể. Một nghiên cứu trên bệnh nhân của hệ thống chăm sóc cựu chiến binh (VHA) cho thấy ở người có đồng mắc PTSD và đái tháo đường тип 2, việc **không còn đáp ứng tiêu chuẩn PTSD** liên quan đến **giảm khoảng 8% nguy cơ biến chứng vi mạch** so với nhóm còn PTSD. Điều này để lại một thông điệp mạnh: điều trị PTSD không chỉ giúp ngủ ngon hơn hay bớt ác mộng, mà có thể góp phần giảm biến chứng "hữu hình" của NCDs.

Tài liệu chuyên môn của Trung tâm PTSD thuộc VA cũng tổng hợp bằng chứng cho thấy PTSD liên quan đến sức khỏe thể chất; ví dụ một phân tích gộp được nhắc tới cho thấy tỷ lệ hội chứng chuyển hóa trong nhóm PTSD cao và nguy cơ tương đối so với nhóm chứng tăng. Trong thực hành, điều này giải thích vì sao nhiều thương bệnh binh vừa đau mạn tính, vừa rối loạn giấc ngủ, vừa tăng huyết áp/đường máu khó kiểm soát: các bệnh không chỉ "xếp chồng", mà còn "khuếch đại" lẫn nhau.

Ví dụ lâm sàng (ẩn danh): Tôi từng khám cho một bác thương binh nặng, cụt một chi dưới, sống cùng gia đình. Bác nói huyết áp "lúc cao lúc thấp", thuốc uống hay quên vì đêm nào cũng ngủ chập chờn, cứ nghe tiếng động mạnh là giật mình, mồ hôi vã như đang ở chiến hào. Khi chúng tôi dùng thang sàng lọc đơn giản và rồi chuyển khám chuyên khoa, bác mới thừa nhận "người ta gọi là PTSD phải không bác sĩ". Chỉ khi giấc ngủ được cải thiện và đau mạn tính được quản lý đồng thời, việc tuân thủ thuốc và vận động phục hồi mới bắt đầu "đi vào nề nếp".

Thách thức đa bệnh lý: quản lý NCDs trên cơ thể thương tật

2.3. Thách thức đa bệnh lý: đa bệnh lý (multimorbidity) không phải là "có nhiều chẩn đoán" cho đủ hồ sơ; nó là thực tế khiến phác đồ một bệnh có thể làm xấu bệnh khác, và khiến người bệnh mệt mỏi vì quá nhiều lịch hẹn, quá nhiều loại thuốc, quá nhiều lời dặn.

Trong chăm sóc thương bệnh binh, đa bệnh lý thường có một "tam giác khó": **tim mạch – chuyển hóa** (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid), **cơ xương khớp/đau mạn tính**, và **rối loạn giấc ngủ – tâm thần**.

Ở cấp độ dân số, WHO mô tả rằng giai đoạn 2015–2021, tỷ lệ tăng huyết áp ở người lớn tăng từ khoảng 1/5 lên hơn 1/4; đái tháo đường tăng từ khoảng 1/24 lên 1/14. Nếu chuyển các tỉ lệ này sang ngôn ngữ của y học gia đình: cứ 4 người trưởng thành thì có hơn 1 người tăng huyết áp; và cứ 14 người thì có 1 người đái tháo đường. Trong nhóm thương bệnh binh cao tuổi, con số thực tế thường cao hơn vì ít vận động, đau kéo dài, stress mạn tính và khả năng tiếp cận chăm sóc không đều.

Chiến lược quốc gia NCDs (QĐ 376/QĐ-TTg) đặt ra bộ "đích đến" rất cụ thể: khống chế tăng huyết áp dưới 30% ở người trưởng thành; 50% được phát hiện và 50% được quản lý/điều trị; với đái tháo đường, khống chế dưới 8% ở nhóm 30–69 tuổi và cũng đặt mục tiêu phát hiện/quản lý 50%. Với thương bệnh binh, các chỉ tiêu này cần được "nâng cấp" theo cách tiếp cận chức năng: không chỉ "có chẩn đoán và kê đơn", mà phải chứng minh **kiểm soát đạt mục tiêu**, **giảm biến chứng**, **giảm nhập viện**, và **giữ được độc lập sinh hoạt**.

Từ góc độ tổ chức lâm sàng, quản lý đa bệnh lý trên cơ thể thương tật cần ba nguyên tắc. Thứ nhất là **đánh giá toàn diện định kỳ** (không chỉ đo huyết áp/đường máu mà đánh giá đau, giấc ngủ, nguy cơ té ngã, dinh dưỡng, trầm cảm/lo âu, tuân thủ thuốc). Thứ hai là **tối giản hóa điều trị** (giảm "đa thuốc" không cần thiết, ưu tiên phác đồ đơn giản dễ nhớ, có lịch theo dõi rõ). Thứ ba là **phục hồi chức năng như một "thuốc nền"**: vận động phù hợp làm giảm đề kháng insulin, giảm huyết áp, cải thiện giấc ngủ và tâm trạng – nhưng phải được thiết kế phù hợp khả năng và loại thương tật.

Ở đây, chúng ta không nên quên "điểm nghẽn hệ thống" mà WHO nêu: 70–80% người tăng huyết áp hoặc đái tháo đường chưa được điều trị. Nếu không có cơ chế theo dõi chủ động, thương bệnh binh sẽ tiếp tục rơi vào trạng thái "khi đau quá mới đi viện", và khi đến viện thì đã là biến chứng. Đó là lý do chương này coi quản lý NCDs là một phần không thể tách rời của chăm sóc thương bệnh binh.

Giải pháp lâm sàng – tổ chức: sàng lọc, can thiệp, theo dõi trong mô hình tích hợp

Nút thắt lớn nhất của chăm sóc thương bệnh binh không phải là thiếu lòng tri ân; nút thắt là **thiếu một quy trình chăm sóc tích hợp có thể vận hành được**, đo được và cải tiến được. Dưới đây là một đề xuất khung vận hành ở mức "đủ cụ thể để triển khai pilot", nhưng vẫn linh hoạt cho các địa phương và trung tâm điều dưỡng.

mermaid

Sao chép

flowchart TD

A[Tiếp nhận/đăng ký - xác lập hồ sơ sức khỏe] --> B[Phân tầng nguy cơ theo thương tật - tuổi - bệnh nền]

B --> C{Sàng lọc định kỳ 6-12 tháng}

C --> C1[Sàng lọc NCDs: HA, đường máu, lipid, BMI, nguy cơ tim mạch]

C --> C2[Sàng lọc chức năng: đau, té ngã, ADL/IADL, dinh dưỡng]

C --> C3[Sàng lọc tâm thần: PCL-5 (PTSD), PHQ-9 (trầm cảm), GAD-7 (lo âu), giấc ngủ]

C1 --> D{Bất thường?}

C2 --> D

C3 --> D

D -- Không --> E[Giáo dục sức khỏe + kế hoạch vận động/PHCN cá thể hóa + hẹn tái đánh giá]

D -- Có --> F[Khám xác định + lập kế hoạch chăm sóc tích hợp]

F --> G1[Quản lý NCDs theo chiến lược quốc gia: phát hiện - điều trị - kiểm soát mục tiêu]

F --> G2[Can thiệp PTSD/giấc ngủ: CBT/nhóm + can thiệp phù hợp; theo dõi thang điểm]

F --> G3[PHCN: vật lý trị liệu/hoạt động trị liệu/dụng cụ trợ giúp; quản lý đau]

G1 --> H[Theo dõi định kỳ + đánh giá kết quả: HA/ĐTĐ/đau/chức năng/PTSD]

G2 --> H

G3 --> H

H --> I[Cải tiến kế hoạch + phối hợp tuyến trên khi cần/telehealth]

Cơ sở khoa học cho nhánh PTSD trong lưu đồ trên có thể tham chiếu cách làm trong nghiên cứu tại Huế: sàng lọc PCL-5, chẩn đoán CAPS-5, lượng giá trước–sau bằng thang điểm và theo dõi tác dụng phụ. Đồng thời, bằng chứng từ hệ thống cựu chiến binh cho thấy cải thiện PTSD có thể liên quan đến cải thiện biến chứng của đái tháo đường тип 2, củng cố lý do phải tích hợp chăm sóc tâm thần vào quản lý NCDs.

Bảng chỉ số hiện trạng và mục tiêu đề xuất

Do thiếu số liệu công khai, thống nhất theo năm về quy mô thương bệnh binh và các chỉ số vận hành (tỷ lệ sàng lọc, tỷ lệ kiểm soát HA/ĐTĐ, tỷ lệ được PHCN…), bảng dưới đây trình bày theo cấu trúc: **hiện trạng (nếu có trích dẫn) / nếu không có thì "unspecified" và cần đo**, cùng **mục tiêu đề xuất** để triển khai chương trình.

Chỉ số quản trị	**Hiện trạng (2024–2026)**	**Mục tiêu đề xuất (pilot 24 tháng)**	**Ghi chú nguồn/giả định**
Tỷ lệ thương bệnh binh được lập hồ sơ sức khỏe chuẩn hóa	Unspecified	≥80% có hồ sơ chuẩn; ≥50% hồ sơ điện tử	Cần trích xuất từ CSDL NCC và cơ sở y tế (đề xuất thu thập)
Tỷ lệ sàng lọc THA/ĐTĐ định kỳ	Unspecified	≥90% được đo HA; ≥70% được xét nghiệm đường máu tối thiểu 1 lần/năm	WHO cho thấy 70–80% THA/ĐTĐ chưa được điều trị → cần chuyển sang chủ động sàng lọc
Tỷ lệ THA được phát hiện và đưa vào quản lý	Unspecified	≥60% phát hiện trong nhóm có THA; ≥60% được quản lý điều trị	Mục tiêu quốc gia 2025: 50% phát hiện & 50% quản lý
Tỷ lệ ĐTĐ được phát hiện và đưa vào quản lý	Unspecified	≥60% phát hiện trong nhóm có ĐTĐ; ≥60% được quản lý điều trị	Mục tiêu quốc gia 2025: 50% phát hiện & 50% quản lý
Tỷ lệ kiểm soát HA đạt mục tiêu	Unspecified	≥60% người THA trong quản lý đạt HA mục tiêu cá thể hóa	Cần thống nhất định nghĩa "kiểm soát" trong chương trình
Tỷ lệ kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu	Unspecified	≥55% người ĐTĐ trong quản lý đạt mục tiêu cá thể hóa	Đặt mục tiêu vừa phải cho pilot, tăng dần theo năng lực
Tỷ lệ sàng lọc PTSD bằng công cụ chuẩn hóa	Unspecified	≥70% được sàng lọc PCL-5; ≥90% ca dương tính được đánh giá chuyên sâu	Quy trình sàng lọc–chẩn đoán trong nghiên cứu Huế
Tỷ lệ tiếp cận PHCN tối thiểu (≥10 buổi/đợt/năm)	Unspecified	≥50% người có hạn chế vận động đạt ngưỡng tối thiểu	Cần định nghĩa "gói PHCN tối thiểu" theo loại thương tật

Chỉ số quản trị	Hiện trạng (2024–2026)	Mục tiêu đề xuất (pilot 24 tháng)	Ghi chú nguồn/giả định
Nhân lực chuyên môn (tâm lý/PHCN/y học gia đình)	Unspecified	Gợi ý: ≥1 nhân viên PHCN/100 người; ≥1 nhân viên tâm lý/200 người trong cơ sở tập trung	Là giả định lập kế hoạch; cần khảo sát tải lượng thực tế

Bảng mô tả gói can thiệp lâm sàng tối thiểu

Thành tố can thiệp	Nội dung tối thiểu	Công cụ/chuẩn gợi ý	Kết quả cần đo
Sàng lọc PTSD	PCL-5 định kỳ; ca dương tính được đánh giá chuyên sâu	PCL-5; CAPS-5 (chuẩn vàng)	Tỷ lệ sàng lọc; tỷ lệ xác định; thay đổi điểm PCL-5
Can thiệp PTSD	CBT cá nhân/nhóm; can thiệp phù hợp bối cảnh; có thể kết hợp YHCT nếu phù hợp	Nghiên cứu Huế cho thấy can thiệp phối hợp có hiệu quả cao	Giảm triệu chứng; cải thiện giấc ngủ; giảm đồng mắc lo âu/trầm cảm (DASS-21)
Quản lý THA/ĐTĐ	Phát hiện sớm; điều trị; theo dõi; tư vấn lối sống	Mục tiêu QĐ 376: phát hiện và quản lý 50%	Tỷ lệ kiểm soát; nhập viện vì biến chứng; tuân thủ điều trị
Quản lý đau mạn tính	Đánh giá đau; kế hoạch giảm đau; vận động phù hợp	Tích hợp với chăm sóc PTSD vì thường đồng mắc	Điểm đau; số ngày hoạt động; chất lượng ngủ
PHCN cá thể hóa	Vật lý trị liệu/hoạt động trị liệu/dụng cụ	Thiết kế theo loại thương tật và mục tiêu chức năng	ADL/IADL; té ngã; phạm vi vận động

Ước tính chi phí sơ bộ theo kịch bản và giả định

Do thiếu dữ liệu công khai về chi phí đơn vị và khối lượng dịch vụ dành riêng cho thương bệnh binh (theo loại thương tật, theo tuyến, theo cơ sở), chương này đề xuất cách ước tính theo kịch bản để các địa phương "thay số" khi có dữ liệu thực.

Giả định một **gói chăm sóc tích hợp/năm/người** gồm: (i) 1 lần đánh giá toàn diện + bộ xét nghiệm tối thiểu; (ii) 2–4 lần tái khám/telehealth; (iii) 1 đợt PHCN tối thiểu 10 buổi cho nhóm cần PHCN; (iv) sàng lọc PTSD và can thiệp ngắn hạn cho nhóm dương

tính. WHO cho thấy 70–80% THA/ĐTĐ chưa điều trị, vì vậy gói tối thiểu phải ưu tiên sàng lọc và đưa vào quản lý.

Một cách tính minh bạch:

Chi phí/năm = C_đánhgiá + C_xétnghiệm + C_táikhám + (p_PHCN × C_PHCN) + (p_PTSD × C_PTSD)

Trong đó:

+ *p_PHCN*: tỷ lệ cần PHCN trong nhóm thương bệnh binh (hiện *unspecified*; cần đo)
+ *p_PTSD*: tỷ lệ sàng lọc dương tính PTSD (tùy nhóm; nghiên cứu Huế cho thấy có thể khảo sát ở nhóm nguy cơ cao và theo dõi thang điểm)

Ví dụ minh họa (chỉ để hình dung ngân sách, không thay thế dự toán chính thức): nếu một tỉnh pilot cho 5.000 người, với chi phí bình quân 2–4 triệu đồng/người/năm, tổng ngân sách là 10–20 tỷ đồng/năm (chưa tính đầu tư hệ thống dữ liệu và đào tạo). Khoảng dao động lớn phản ánh đúng thực tế: thiếu dữ liệu về cấu phần chi phí và tỷ lệ cần PHCN/điều trị PTSD.

Dữ liệu còn thiếu và cách thu thập

Tại thời điểm biên soạn (03/2026), các nguồn truy cập được **chưa cung cấp bộ số liệu công khai, cập nhật theo năm** về: số lượng thương binh, bệnh binh theo mức độ thương tật; tỷ lệ mắc NCDs/đa bệnh lý trong nhóm này; tỷ lệ PTSD; mức sử dụng PHCN; chi phí bình quân theo tuyến. Vì vậy, cần một kế hoạch thu thập dữ liệu bài bản.

Các nhóm dữ liệu cần thu thập ưu tiên:

- Dữ liệu hành chính: trích xuất từ cơ sở dữ liệu người có công và hồ sơ tại các trung tâm điều dưỡng/thương binh. (Gợi ý: chuẩn hóa mã bệnh, mã thương tật, và liên thông với dữ liệu khám chữa bệnh).
- Khảo sát dịch tễ tại cơ sở: thiết kế khảo sát cắt ngang theo cụm (cluster) tại trung tâm điều dưỡng và cộng đồng, gồm đo HA, đường máu, lipid, BMI; thang đau; ADL/IADL; PCL-5, PHQ-9/GAD-7.
- Dữ liệu kết quả: nhập viện vì biến chứng, té ngã, loét tì đè, kiểm soát HA/ĐTĐ, thay đổi thang PTSD theo thời gian.
- Dữ liệu chi phí: thu thập chi phí trực tiếp y tế (dịch vụ, thuốc) và chi phí xã hội (người chăm sóc, đi lại, mất năng suất của hộ gia đình).

Kết luận và khuyến nghị chính sách

Thương bệnh binh đang đứng ở giao điểm của hai dòng chảy: di chứng chiến tranh và già hóa dân số. Trong khi đó, NCDs đã trở thành gánh nặng tử vong chủ đạo (khoảng 80% tử vong theo WHO), và khoảng trống điều trị THA/ĐTĐ (70–80% chưa được điều trị) cho thấy nếu không chuyển sang mô hình chăm sóc chủ động và tích hợp, nhóm thương bệnh binh sẽ tiếp tục chịu thiệt thòi "kép". Những vết thương vô hình như PTSD không chỉ là đau khổ tinh thần; bằng chứng ở hệ cựu chiến binh cho thấy cải thiện PTSD có thể liên quan giảm biến chứng đái tháo đường, và nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho thấy các can thiệp chuẩn hóa có thể đạt hiệu quả cao.

Năm khuyến nghị chính sách đo lường được:

1. **Chuẩn hóa quy trình sàng lọc tích hợp (NCDs + PTSD + chức năng)** tại tất cả trung tâm điều dưỡng/thương binh và tối thiểu 1 tuyến dự phòng/cơ sở ở mỗi huyện có nhiều người có công; mục tiêu **≥70% sàng lọc PTSD (PCL-5) và ≥90% đo HA định kỳ** trong 24 tháng pilot.
2. **Ràng buộc mục tiêu quản lý NCDs theo QĐ 376 vào hợp đồng nhiệm vụ của cơ sở**: tối thiểu đạt **≥50% phát hiện và ≥50% quản lý điều trị** THA/ĐTĐ theo định hướng quốc gia, sau đó nâng dần theo năng lực địa phương.
3. **Thiết lập gói PHCN tối thiểu "theo mức độ thương tật"** với chỉ số đầu ra chức năng (ADL/IADL, té ngã, đau, giấc ngủ); mục tiêu **≥50% người cần PHCN đạt tối thiểu 10 buổi/năm** trong giai đoạn pilot (sau khi đo baseline).
4. **Tích hợp sức khỏe tâm thần vào quản lý bệnh mạn**: mọi người có ĐTĐ/THA kèm mất ngủ/đau mạn tính phải được sàng lọc PTSD và trầm cảm; mục tiêu **≥90% người ĐTĐ có triệu chứng stress/giấc ngủ bất thường được sàng lọc PTSD** trong 24 tháng.
5. **Xây dựng hệ thống dữ liệu và giám sát kết quả**: tối thiểu **≥50% hồ sơ điện tử** cho nhóm pilot sau 24 tháng, với bộ chỉ số kết quả bắt buộc (HA kiểm soát, đường máu kiểm soát, điểm PCL-5, số lần nhập viện vì biến chứng, té ngã/loét tì đè). Việc không có số liệu hiện trạng phải được coi là một "rủi ro chính sách" và xử lý như một mục tiêu bắt buộc của chương trình.

Gợi ý chèn hình minh họa trong bản thảo (khi dàn trang):
Hình A: "Đường cong gánh nặng kép" (di chứng chiến tranh × lão hóa) và tác động đến dự trữ chức năng.
Hình B: "Lưu đồ sàng lọc – can thiệp – theo dõi" (đã cung cấp dưới dạng mermaid) để minh họa quy trình vận hành tại cơ sở.

CHƯƠNG 3. ĐÁNH GIÁ HIỆN TRẠNG HỆ THỐNG CHĂM SÓC NGƯỜI CÓ CÔNG TẠI VIỆT NAM

Hệ thống chăm sóc người có công tại Việt Nam là một thành tựu lớn về nhân văn và an sinh, được xây dựng trên nền đạo lý "Đền ơn đáp nghĩa" và được thể chế hóa bằng Pháp lệnh, Nghị định, chương trình và nguồn lực ngân sách ổn định. Ở bình diện quy mô, đất nước đang chăm lo cho một lực lượng rất lớn: **trên 9,2 triệu người có công**, trong đó có **hơn 1,2 triệu liệt sĩ**, **gần 140 nghìn Mẹ Việt Nam Anh hùng**, và **hơn 600 nghìn thương binh, bệnh binh**.

Mạng lưới cơ sở chăm sóc đã được quy hoạch và đầu tư theo thời gian; riêng một tổng kết trên Tạp chí Cộng sản cho biết hệ thống **cơ sở nuôi dưỡng, điều dưỡng, chỉnh hình và phục hồi chức năng** được quy hoạch tương đối toàn diện với **65 cơ sở** trên toàn quốc. Cùng với đó, nhóm người có công được bố trí đi **điều dưỡng định kỳ** với quy mô lớn (tổng kết nêu **hơn 580.000 lượt/đối tượng được đưa đi điều dưỡng định kỳ**).

Tuy nhiên, hệ thống đang đứng trước một "bước ngoặt y tế" mang tính cấu trúc do ba lực kéo đồng thời. Thứ nhất là **già hóa nhanh**: kết quả công bố của cơ quan thống kê cho thấy dân số **từ 65 tuổi trở lên chiếm 9,3%**, và **chỉ số già hóa năm 2024 là 60,2%** (tăng mạnh so với 2019 và 2014). Thứ hai là **gánh nặng bệnh không lây nhiễm (NCDs)**, với nhận định của WHO rằng **NCDs gây khoảng 80% số ca tử vong ở Việt Nam**, và khoảng **70–80% người tăng huyết áp hoặc đái tháo đường chưa được điều trị**. Thứ ba là yêu cầu **minh bạch–đúng đối tượng–đúng chế độ–đúng quy trình**, trong bối cảnh kiểm toán nhà nước đã chỉ ra các bất cập về cơ chế, sự chưa thống nhất giữa Pháp lệnh và Nghị định hướng dẫn, và những "khoảng trống thụ hưởng" so với thực tiễn phát sinh.

Ở góc nhìn một bác sĩ, tôi gọi đây là "bài toán y tế hóa": chuyển các cơ sở nuôi dưỡng/điều dưỡng từ mô hình thiên về lưu trú–phúc lợi sang mô hình có năng lực **chăm sóc sức khỏe tích hợp**, quản lý NCDs, phục hồi chức năng, sức khỏe tâm thần và chất lượng sống theo chuẩn đo lường. Điều này không phủ nhận những thành tựu đã có; ngược lại, nó là con đường để **bảo vệ giá trị tri ân** bằng năng lực chăm sóc khoa học, đúng nhu cầu thời đại.

Những thành tựu nhân văn: mạng lưới điều dưỡng và sự ổn định an sinh

Mục 3.1. Nếu chỉ được phép nói một câu về hệ thống chăm sóc người có công hôm nay, tôi sẽ nói: **đó là một hệ thống được nuôi dưỡng bởi ký ức lịch sử và nâng đỡ bằng cam kết nhà nước**. Sự tri ân không chỉ nằm ở biểu tượng hay nghi lễ, mà đi vào cấu trúc quản trị: trợ cấp hằng tháng, điều dưỡng phục hồi sức khỏe, hỗ trợ nhà ở, tìm kiếm–xác định danh tính liệt sĩ, và từng bước số hóa dữ liệu.

Quy mô đối tượng và "độ dày" của trách nhiệm

Các số liệu công bố tại một hội nghị tri ân cho thấy quy mô người có công rất lớn: **trên 9,2 triệu người có công**, gồm **hơn 1,2 triệu liệt sĩ**, **gần 140 nghìn Mẹ Việt Nam Anh hùng**, **hơn 600 nghìn thương binh, bệnh binh**, cùng hàng triệu thân nhân và nhóm đối tượng liên quan. Ở cấp độ "dòng tiền an sinh", Kiểm toán nhà nước nêu kinh phí thực hiện trợ cấp, phụ cấp ưu đãi người có công trong **năm 2024 là 35.629 tỷ đồng**, tăng thêm hơn 5.300 tỷ đồng.

Ở cấp độ "độ sâu can thiệp", chính sách điều dưỡng được cụ thể hóa rõ hơn theo chuẩn mức. Nghị định 77/2024/NĐ-CP xác lập **mức chuẩn trợ cấp ưu đãi** là **2.789.000 đồng** và quy định chi tiết **mức chi điều dưỡng phục hồi sức khỏe tập trung bằng 1,8 lần mức chuẩn/lần**. Từ đó, hướng dẫn thực thi cho thấy con số quy đổi rất cụ thể: **điều dưỡng tại nhà 2.510.100 đồng/lần** và **điều dưỡng tập trung 5.020.200 đồng/lần** (áp dụng từ 01/01/2025 theo mức chuẩn mới).

Mạng lưới cơ sở và "sức chứa" của hệ thống điều dưỡng

Một tổng kết trên Tạp chí Cộng sản cho biết, hệ thống cơ sở **nuôi dưỡng, điều dưỡng, chỉnh hình và phục hồi chức năng** được quy hoạch tương đối đồng bộ, với **65 cơ sở trên toàn quốc** được đầu tư trang thiết bị và dịch vụ để đáp ứng yêu cầu điều dưỡng, đặc biệt với thương binh nặng. Cùng tổng kết này cũng nêu quy mô điều dưỡng định kỳ: **hơn 580.000 người có công được đưa đi điều dưỡng định kỳ**.

Quan trọng hơn, hệ thống thành công ở một chỉ báo "an sinh thực chất": tỷ lệ hộ gia đình người có công có mức sống bằng hoặc cao hơn mức trung bình tại khu dân cư đạt **trên 98,6%**. Đây là một thành tựu xã hội lớn, phản ánh sự kết hợp giữa nguồn lực nhà nước, phong trào xã hội hóa và mạng lưới cơ sở chăm sóc tại địa phương.

Cải tiến thể chế và quy trình: từ "thiện chí" sang "chuẩn hóa"

Một thành tựu có ý nghĩa quản trị là nỗ lực chuẩn hóa quy trình, giảm "mỗi nơi một kiểu". Tháng 9/2022, hệ thống triển khai quy định mới, **áp dụng 24 quy trình công nhận và thực hiện chế độ ưu đãi người có công**, đồng thời gắn quản lý kinh phí thực hiện chính sách với quy trình ngân sách trung ương ủy quyền xuống địa phương.

Bên cạnh đó, công tác "trả lại tên cho liệt sĩ" – phần sâu nhất của tri ân – cũng được đẩy mạnh theo hướng có định mức kỹ thuật. Một bài viết chính thống cho biết trong năm 2025, cơ quan chuyên môn phối hợp xây dựng Nghị định thay thế Nghị định 131/2021 và đồng thời ban hành định mức kinh tế–kỹ thuật dịch vụ giám định ADN xác định danh tính liệt sĩ; riêng **6 tháng đầu năm 2025 đã tiếp nhận 397 mẫu hài cốt liệt sĩ để giám định ADN**.

Gợi ý chèn hình minh họa cho bản thảo

Ảnh minh họa có giá trị "đúng bối cảnh" là hình Thủ tướng đến thăm, tặng quà một **bệnh binh mất 81% sức lao động** tại An Giang (nêu trong bài của Báo Điện tử Chính phủ). Đây là hình ảnh vừa có tính biểu tượng, vừa gợi mở nhu cầu "y tế hóa" chăm sóc cho nhóm bệnh binh nặng.

Nhận diện điểm nghẽn hệ thống: cơ sở vật chất, nhân lực và quy trình chuyên môn

Mục 3.2. Trên nền thành tựu lớn, hệ thống cũng lộ rõ những "điểm nghẽn" – không phải vì thiếu quyết tâm, mà vì bối cảnh thay đổi nhanh hơn năng lực thích ứng. Từ góc nhìn y tế, điểm nghẽn thường nằm ở ba lớp: **thể chế–quy trình**, **nguồn lực–nhân lực**, và **chuẩn chuyên môn**.

Điểm nghẽn thể chế và thực thi: "khoảng cách" giữa Pháp lệnh và Nghị định

Kiểm toán nhà nước chỉ ra rằng văn bản pháp luật về ưu đãi người có công **chưa quy định đầy đủ hoặc chưa thống nhất** giữa Pháp lệnh và Nghị định hướng dẫn, khiến địa phương lúng túng khi thực hiện. Kiểm toán cũng nêu thực tế có những nhóm "có công đóng góp" nhưng **chưa được hưởng** do khung quy định hiện hành chưa bao phủ hết, bao gồm các trường hợp liên quan đến **phơi nhiễm chất độc hóa học** ở một số thế hệ thân nhân.

Một điểm nghẽn điển hình là Nghị định 131/2021/NĐ-CP (quy định chi tiết và biện pháp thi hành Pháp lệnh) được kiểm toán ghi nhận có những quy định gây vướng mắc và chưa bao quát hết phạm vi cấp **phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, thiết bị phục hồi chức năng** theo thực tiễn phát sinh. Bản chất của vấn đề không chỉ là "thiếu điều khoản", mà là thiếu một cấu trúc cập nhật linh hoạt trong điều kiện nhu cầu y tế thay đổi theo già hóa và đa bệnh lý.

Điểm nghẽn quy trình và "gánh nặng hành chính"

Trong quản trị an sinh, quy trình là "mạch máu"; nếu mạch máu tắc, lòng tốt không đến được nơi cần đến. Kiểm toán nêu rằng có giai đoạn Nghị định ban hành chậm so với thời điểm Pháp lệnh có hiệu lực, khiến địa phương thiếu hướng dẫn kịp thời về **trình tự thủ tục, hồ sơ, mẫu biểu, thời điểm hưởng...**.

Nỗ lực áp dụng 24 quy trình từ 9/2022 là một bước tiến, nhưng cũng cho thấy mức độ phức tạp hành chính là có thật: nhiều thủ tục cần chuẩn hóa liên thông giữa các hệ thống (y tế–lao động–tài chính–kho bạc–hộ tịch). Khi dữ liệu chưa đồng bộ, rủi ro "trùng chi–thiếu chi–chậm chi" vẫn tồn tại, kéo theo hệ quả xã hội và giảm niềm tin.

Điểm nghẽn chuyên môn: mô hình điều dưỡng "chưa đủ y khoa" trước NCDs và già hóa

Thách thức lớn nhất là hệ bệnh tật đã đổi hướng. WHO nhận định: **NCDs gây 80% tử vong ở Việt Nam**, và **70–80% người tăng huyết áp/đái tháo đường chưa được điều trị**. Với người có công (đa phần cao tuổi, thương tật, ít vận động), nguy cơ NCDs không chỉ cao, mà còn dễ biến chứng hơn do dự trữ chức năng thấp.

Già hóa làm bài toán "dưỡng" chuyển thành bài toán "chăm sóc dài hạn có chuyên môn". Cơ quan thống kê công bố rằng dân số **65+ chiếm 9,3%** và chỉ số già hóa năm 2024 là **60,2%**, tăng mạnh so với các mốc trước. Đồng thời, phân tích xu hướng cho thấy năm 2024 có **14,2 triệu người từ 60+**, và dự báo 2030 xấp xỉ **18 triệu**. Khi lực lượng người có công "nằm trong vùng già hóa sớm", nhu cầu phục hồi chức năng, chăm sóc đau mạn, phòng té ngã, dinh dưỡng lâm sàng, và sức khỏe tâm thần tăng nhanh.

Ở đây, tôi muốn nhấn mạnh một điểm "nghe có vẻ nhỏ nhưng quyết định": **điều dưỡng không thể chỉ là nghỉ ngơi và bồi dưỡng**. Điều dưỡng phải mang cấu phần y học: sàng lọc NCDs, rà soát đa thuốc, đánh giá chức năng (ADL/IADL), phòng loét tì đè, phục hồi vận động, và phối hợp chăm sóc tâm lý. Nếu không, điều dưỡng sẽ trở thành "đợt nghỉ" chứ không phải "đợt can thiệp sức khỏe".

Điểm nghẽn nhân lực: thiếu vai trò đa chuyên khoa và quản trị chất lượng

Nguồn nhân lực trong các cơ sở nuôi dưỡng/điều dưỡng thường chịu ràng buộc mô hình tổ chức (xã hội–phúc lợi là chính), dẫn đến thiếu các vị trí then chốt như bác sĩ lão khoa, phục hồi chức năng, dinh dưỡng, tâm lý lâm sàng, công tác xã hội y tế, quản lý chất lượng. Hiện chưa có bộ số liệu công khai, chuẩn hóa toàn quốc về **nhân lực theo chức danh/giường điều dưỡng** trong 65 cơ sở; do đó, chỉ tiêu nền được xem là **unspecified** và cần thu thập bằng dữ liệu hành chính. (Phần "Dữ liệu cần thu thập" ở mục 3.3 đề xuất phương pháp.)

Trong khi đó, hệ thống y tế đang chứng minh một con đường hiệu quả khác: WHO mô tả mô hình đưa chăm sóc NCD về tuyến y tế cơ sở, trong đó trạm y tế xã có thể quản lý **tới 80% người bệnh NCD mức độ nhẹ-vừa** bằng **phác đồ và công cụ chuẩn hóa toàn quốc**, kèm hệ thống báo cáo trực tuyến; và WHO hỗ trợ triển khai này tới **52/63 tỉnh, thành**. Đây là bài học quan trọng cho hệ thống người có công: nếu thiếu phác đồ chuẩn hóa và năng lực tuyến gần, cơ sở điều dưỡng sẽ bị "kẹt" giữa phúc lợi và y tế, không phát huy được vai trò bảo vệ sức khỏe.

Case study minh họa: khi điều dưỡng gặp "đa bệnh lý và thương tật nặng"

Một ví dụ có tính biểu tượng là trường hợp **bệnh binh mất 81% sức lao động** được lãnh đạo thăm hỏi, ghi nhận trong bài chính thống của Báo Điện tử Chính phủ. Nhìn bằng lăng kính lâm sàng, đây thường là nhóm có nguy cơ cao: suy giảm vận động, đau mạn, nguy cơ trầm cảm, và biến chứng NCDs. Nếu cơ sở điều dưỡng không có năng lực

đánh giá chức năng, phục hồi và quản lý thuốc, người bệnh sẽ chỉ "được chăm" mà chưa "được chữa" một cách hệ thống.

Bài toán cấp thiết: y tế hóa các cơ sở nuôi dưỡng trước áp lực già hóa dân số

Mục 3.3. "Y tế hóa" không có nghĩa biến mọi trung tâm điều dưỡng thành bệnh viện. Y tế hóa nghĩa là: **đưa y học vào lõi vận hành**, để mỗi hoạt động chăm sóc (ăn–ở–ngủ–vận động–giao tiếp) trở thành một phần của can thiệp sức khỏe, có phác đồ, có đo lường kết quả, có quy trình an toàn, và có liên thông tuyến.

Tại sao y tế hóa là cấp thiết

Thứ nhất, vì già hóa và NCDs đang áp đảo. Dân số 65+ đã **9,3%**, chỉ số già hóa **60,2%** và số người 60+ **14,2 triệu** (2024) với xu hướng tăng mạnh. Thứ hai, vì NCDs gây **80% tử vong**, và khoảng **70–80% THA/ĐTĐ chưa được điều trị**, phản ánh lỗ hổng quản lý bệnh mạn tại cộng đồng. Thứ ba, vì ngân sách ưu đãi rất lớn (35.629 tỷ trong năm 2024), nên yêu cầu "chi đúng–chi hiệu quả" phải đi kèm **đầu ra sức khỏe và chất lượng sống**, không chỉ đầu ra hành chính.

So sánh chuẩn quốc tế: VA, Kaigo và bài học "tích hợp"

Một chuẩn tham chiếu quan trọng là hệ thống cựu chiến binh Hoa Kỳ. VA mô tả Veterans Health Administration (VHA) là **hệ thống chăm sóc sức khỏe tích hợp lớn nhất tại Hoa Kỳ**, cung cấp chăm sóc tại **1.380 cơ sở** gồm **170 trung tâm y tế** và **1.193 cơ sở ngoại trú**, phục vụ **hơn 9,1 triệu cựu binh** đã đăng ký; đồng thời liệt kê rõ các dịch vụ cốt lõi như **tâm thần, chỉnh hình, vật lý trị liệu**... Bài học lớn nhất không nằm ở quy mô ngân sách, mà ở triết lý: **chăm sóc cựu binh là chăm sóc tích hợp**, có chất lượng–an toàn–đạo đức và có "đường dẫn dịch vụ" rõ ràng.

Nhật Bản đưa ra một hướng khác phù hợp với xã hội già hóa: hệ thống Kaigo/LTCI "xã hội hóa chăm sóc dài hạn". Một tài liệu tổng hợp chính sách (Japan Health Policy Now) mô tả LTCI ra đời năm **2000** như một hệ thống "xã hội cùng gánh" chăm sóc người cao tuổi; trong đó **chính quyền địa phương là bên bảo hiểm**, và **mọi công dân trên 40 tuổi** nằm trong phạm vi bao phủ. Điểm đáng học là ba nguyên tắc: **hỗ trợ độc lập**, **hướng tới người sử dụng**, và **tài chính theo mô hình bảo hiểm xã hội**. Nếu "Việt hóa", tinh thần phù hợp nhất là: chăm sóc người có công cần dựa trên **đánh giá chức năng**, **lập kế hoạch chăm sóc cá thể hóa**, và **đánh giá lại định kỳ**, thay vì tiếp cận "một đợt điều dưỡng giống nhau cho mọi người".

Với mô hình sanatorium (điều dưỡng–phục hồi trong tổ hợp khí hậu/spa–vật lý trị liệu) ở Đông Âu/Nga, bài học trọng tâm là tính "tổ hợp phục hồi". Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trong môi trường sanatorium cho thấy việc bổ sung các kỹ thuật vật lý trị liệu hiện đại vào gói điều trị truyền thống có thể giúp giảm đau sớm hơn và cải thiện chức

năng vận động rõ rệt theo các thang đo. Ta không sao chép mô hình nghỉ dưỡng, nhưng có thể tiếp biến tinh thần: **phục hồi chức năng phải là trụ cột**, không phải hoạt động "phụ trợ".

Lộ trình y tế hóa: các bước cụ thể và chỉ số mục tiêu

Dưới đây là một đề xuất lộ trình theo 3 giai đoạn (có thể triển khai thí điểm trước ở một số cơ sở, sau đó nhân rộng), đi kèm chỉ số đo lường. Lưu ý: nhiều chỉ số nền hiện chưa có công bố thống nhất toàn quốc, nên được ghi là **unspecified** và cần đo baseline trước khi chốt KPI.

2020Ban hành Pháp lệnhƯu đãi người cócông(02/2020/UBTVQH14),hiệu lực 01/07/20212021Nghị định 75/2021quy định mức hưởngtrợ cấp, phụ cấp vàchế độ ưu đãi2021-2022Nghị định 131/2021quy định chi tiết thihành Pháp lệnh, hiệulực 15/02/20222022Áp dụng 24 quy trìnhcông nhận và thựchiện chế độ ưu đãi(chuẩn hóa thủ tục)2024Nghị định 77/2024nâng mức chuẩn trợcấp; quy định mứcchi điều dưỡng theomức chuẩn mới2025Hoàn thiện chínhsách/đề xuất thaythế Nghị định131/2021; tăngcường định mức kỹthuật (ADN liệt sĩ)2026-2030Cửa sổ triển khai "ytế hóa"dữ liệu sức khỏe,NCD, PHCN,telehealth, quản trịchất lượngTiến trình chính sách và "cửa sổ y tế hóa" hệ thống chăm sóc người có công

Hiển thị mã

Các mốc trong timeline dựa trên thông tin văn bản pháp quy và cập nhật chính sách: Pháp lệnh 02/2020 (hiệu lực 01/7/2021) và liên kết văn bản hướng dẫn.

Quy trình lõi khi y tế hóa: sàng lọc → can thiệp → theo dõi

mermaid

Sao chép

flowchart TD

A[Tiếp nhận/định danh người có công] --> B[Hồ sơ sức khỏe tối thiểu (điện tử)]

B --> C{Sàng lọc định kỳ}

C --> C1[NCDs: HA, đường máu, lipid, BMI]

C --> C2[Chức năng: té ngã, ADL/IADL, đau mạn, dinh dưỡng]

C --> C3[Sức khỏe tâm thần: trầm cảm/lo âu/PTSD (tối thiểu)]

C1 --> D[Phân tầng nguy cơ & lập kế hoạch chăm sóc]

C2 --> D

C3 --> D

D --> E[Can thiệp tại cơ sở: quản lý NCD theo phác đồ chuẩn + PHCN + giáo dục sức khỏe]

D --> F[Chuyển tuyến/telehealth khi vượt năng lực]

E --> G[Theo dõi kết quả: kiểm soát HA/ĐTĐ, chức năng, chất lượng sống]

F --> G

G --> H[Cải tiến kế hoạch chăm sóc theo chu kỳ 3-6-12 tháng]

Tính hợp lý của mô hình "đưa quản lý NCD về tuyến gần" được WHO mô tả rõ: trạm y tế có thể quản lý tới 80% ca NCD nhẹ-vừa bằng phác đồ chuẩn hóa và hệ thống báo cáo. Đây là nguyên lý có thể mở rộng sang cơ sở điều dưỡng người có công: chuẩn hóa phác đồ và tập trung quản trị kết quả.

Bảng hiện trạng và mục tiêu đề xuất

Chỉ số	**Hiện trạng tổng hợp (đến 03/2026)**	**Mục tiêu sau y tế hóa (đề xuất)**	**Nguồn/ghi chú**
Tổng người có công	>9,2 triệu	—	Quy mô đối tượng.
Thương binh, bệnh binh	>600.000	—	Quy mô nhóm cần PHCN cao.
Liệt sĩ	>1,2 triệu	—	Nhu cầu tri ân và dữ liệu.
Cơ sở nuôi dưỡng/điều dưỡng/chỉnh hình/PHCN	65 cơ sở	65/65 có chuẩn y tế hóa theo cấp độ	Số cơ sở theo tổng kết.
Quy mô điều dưỡng định kỳ	>580.000 lượt/đối tượng (tổng kết)	≥70% điều dưỡng có gói sàng lọc NCD + đánh giá chức năng	Chưa có số liệu công khai theo năm → cần baseline.
Mức chi điều dưỡng tập trung/lần	5.020.200 đ	Gắn mức chi với gói dịch vụ chuẩn và chỉ số đầu ra	Mức chi theo hướng dẫn NĐ 77/2024.
Mức chi điều dưỡng tại nhà/lần	2.510.100 đ	Tăng chăm sóc tại cộng đồng, có giám sát từ xa	Mức chi theo hướng dẫn NĐ 77/2024.

Chỉ số	Hiện trạng tổng hợp (đến 03/2026)	Mục tiêu sau y tế hóa (đề xuất)	Nguồn/ghi chú
Hồ sơ sức khỏe điện tử	Unspecified	2028: ≥70% (nhóm điều dưỡng); 2030: ≥95%	Chưa có số liệu công khai; cần trích xuất dữ liệu hành chính.
Trung tâm có bác sĩ chuyên khoa (lão khoa/PHCN/tâm thần)	Unspecified	2030: ≥80% cơ sở có ≥1 bác sĩ chuyên khoa làm nòng cốt	Cần khảo sát nhân lực theo cơ sở.
Tiếp cận PHCN có cấu trúc	Unspecified	2030: ≥60% thương bệnh binh nặng được PHCN định kỳ	Dựa trên nhu cầu nhóm >600k thương-bệnh binh.
Kiểm soát NCDs trong nhóm managed	Unspecified	2030: ≥60% đạt mục tiêu HA; ≥55% đạt mục tiêu ĐTĐ (cá thể hóa)	Mục tiêu gắn với chiến lược NCD và chăm sóc tuyến gần.

Kế hoạch y tế hóa theo giai đoạn và ước tính chi phí sơ bộ

Do thiếu số liệu công khai về cơ cấu chi phí theo "ca điều dưỡng" tại từng cơ sở (nhân lực–thuốc–cận lâm sàng–PHCN–tâm lý–telehealth), phần ước tính dưới đây dùng **giả định minh bạch** để hình dung quy mô nguồn lực, không thay thế dự toán NSNN.

Giai đoạn	Mục tiêu chính	Hạng mục tối thiểu	Ước tính chi phí (giả định)
Chuẩn hóa nền tảng	Dữ liệu & quy trình	Bộ hồ sơ sức khỏe tối thiểu; quy trình sàng lọc NCD–chức năng; đào tạo sử dụng phác đồ	Giả định 0,5–1,0 tỷ/cơ sở cho hạ tầng CNTT + đào tạo; tổng 65 cơ sở: 33–65 tỷ
Nâng năng lực y khoa tại cơ sở	"Điều dưỡng có y"	Telehealth; bộ xét nghiệm cơ bản; phòng PHCN tối thiểu; quy trình an toàn người bệnh	Giả định 3–8 tỷ/cơ sở (thiết bị PHCN + telehealth + cải tạo phòng); tổng: 195–520 tỷ
Tích hợp chăm sóc dài hạn	Kết quả chất lượng sống	Đội đa chuyên khoa; quản trị chất lượng; kết nối tuyến y tế; đánh giá định kỳ	Giả định 1–2% kinh phí ưu đãi hằng năm (từ mốc 35.629 tỷ năm 2024) dành cho y tế hóa: ~356–712 tỷ/năm

Giả định quan trọng: dùng mốc 65 cơ sở theo tổng kết hệ thống. Nếu số cơ sở điều dưỡng thuần (không gồm chỉnh hình/PHCN) khác, phải hiệu chỉnh theo dữ liệu hành chính của cơ quan quản lý.

Dữ liệu còn thiếu và phương pháp thu thập

Một số dữ liệu "bắt buộc phải có" để y tế hóa thành công hiện chưa được công bố công khai, thống nhất toàn quốc (đến thời điểm nghiên cứu). Vì vậy cần chủ động thu thập:

- **Dữ liệu hành chính (trích xuất):** số cơ sở theo loại hình; giường/định suất; nhân lực theo chức danh; số lượt điều dưỡng theo năm; cơ cấu chi điều dưỡng theo hạng mục; tỷ lệ chuyển tuyến; tai biến (té ngã, loét tì đè).
- **Dữ liệu y tế (liên thông):** tỷ lệ THA/ĐTĐ/COPD/đau mạn trong nhóm người có công; tỷ lệ kiểm soát; tỷ lệ đa bệnh lý; danh mục thuốc dùng thường xuyên (polypharmacy).
- **Dữ liệu chất lượng sống:** ADL/IADL; thang đau; trầm cảm/lo âu/PTSD; hài lòng người bệnh; mức độ tham gia xã hội.

Phương pháp đề xuất: (i) trích xuất dữ liệu từ kho bạc–chi trả–hồ sơ cơ sở; (ii) khảo sát cắt ngang theo cụm tại các cơ sở đại diện vùng (Bắc–Trung–Nam) để đo baseline; (iii) thí điểm dashboard chất lượng như mô hình quản trị NCD tuyến cơ sở mà WHO mô tả (phác đồ chuẩn + báo cáo trực tuyến).

Kết luận ngắn và khuyến nghị chính sách

Hệ thống chăm sóc người có công tại Việt Nam đã tạo ra một nền ổn định an sinh lớn và một mạng lưới cơ sở chăm sóc đáng trân trọng. Những con số như **>9,2 triệu người có công**, **>600 nghìn thương-bệnh binh**, **>1,2 triệu liệt sĩ**, tỷ lệ **>98,6% hộ gia đình người có công có mức sống bằng hoặc cao hơn trung bình**, và kinh phí ưu đãi **35.629 tỷ đồng/năm** cho thấy đây là một chính sách "có trọng lượng quốc gia". Tuy vậy, với già hóa nhanh và gánh nặng NCDs (WHO nêu 80% tử vong do NCDs), mô hình điều dưỡng thiên về lưu trú không còn đủ; hệ thống cần một cuộc chuyển đổi sang **y tế hóa**, lấy quản trị sức khỏe và chất lượng sống làm đầu ra.

Năm khuyến nghị chính sách (đo lường được):

1. **Ban hành "Bộ gói dịch vụ điều dưỡng y tế hóa" thống nhất toàn quốc** (tối thiểu gồm sàng lọc NCD, đánh giá chức năng, quản lý đau, tư vấn vận động–dinh dưỡng, sàng lọc sức khỏe tâm thần). Mục tiêu: **≥70% đợt điều dưỡng** áp dụng gói chuẩn vào năm 2030. Căn cứ mức chi điều dưỡng đã được chuẩn hóa theo NĐ 77/2024.

2. **Chuẩn hóa dữ liệu và hồ sơ sức khỏe điện tử** cho nhóm người có công tham gia điều dưỡng và nhóm hưởng trợ cấp hằng tháng. Mục tiêu: **≥70% hồ sơ điện tử vào 2028**, **≥95% vào 2030** (baseline hiện **unspecified**, cần đo). Tận dụng kinh nghiệm chuẩn hóa quy trình (24 quy trình từ 2022).

3. **Bảo đảm năng lực y khoa tối thiểu ở tất cả cơ sở trong mạng lưới 65 cơ sở**: tối thiểu có bác sĩ phụ trách quản lý bệnh mạn + kỹ thuật viên PHCN + kết nối telehealth. Mục tiêu: **100% cơ sở có telehealth**, **≥80% cơ sở có bác sĩ chuyên khoa nòng cốt** (PHCN/lão khoa/nội tổng quát) vào 2030.

4. **Thiết lập bộ chỉ số chất lượng chăm sóc người có công** (dashboard quốc gia): tỷ lệ kiểm soát HA/ĐTĐ; tỷ lệ té ngã/loét tì đè tại cơ sở; tỷ lệ chuyển tuyến; hài lòng người bệnh; tỷ lệ sàng lọc sức khỏe tâm thần. Mục tiêu: mỗi cơ sở báo cáo **định kỳ quý**, gắn với cơ chế đánh giá thi đua và phân bổ hỗ trợ.

5. **Rà soát và khắc phục "khoảng trống chính sách" theo khuyến nghị kiểm toán**: đồng bộ giữa Pháp lệnh và Nghị định hướng dẫn (đặc biệt về đối tượng, phương tiện trợ giúp, PHCN, thủ tục). Mục tiêu: giảm **≥50% thời gian xử lý hồ sơ** và giảm rõ rệt "vướng mắc giữa văn bản" trong giai đoạn 2026–2028.

Tiểu kết — Phần I

Phần I của bản thảo đặt nền móng tư tưởng cho toàn bộ cuốn sách: tri ân không chỉ là cảm xúc, mà là **một hệ giá trị văn hóa – đạo đức – quản trị** của dân tộc Việt Nam. Từ đạo lý "Uống nước nhớ nguồn", tinh thần "Đền ơn đáp nghĩa" đã sớm được Nhà nước cách mạng thể chế hóa bằng hành động cụ thể, tiêu biểu là **Sắc lệnh 20/SL (16/2/1947)** quy định chế độ hưu bổng, tiền tuất cho người có công – một dấu mốc cho thấy tri ân đã được đặt vào khuôn khổ pháp lý ngay từ buổi đầu dựng nước mới. Khi nhìn bằng con mắt người thầy thuốc, tôi thấy đây không chỉ là lịch sử chính sách, mà là lịch sử của một "lời thề xã hội": chăm sóc người có công là chăm sóc cội rễ tinh thần quốc gia.

Từ nền tảng ấy, hệ thống ưu đãi người có công không ngừng mở rộng và chuẩn hóa qua Pháp lệnh/Nghị định và các chương trình an sinh. Các số liệu then chốt cho thấy quy mô trách nhiệm quốc gia rất lớn: **≈9,2 triệu người có công** đã được xác nhận; và nhóm đang hưởng trợ cấp ưu đãi hằng tháng dao động khoảng **~1,06–1,3 triệu người** (trong đó có số **1.066.632 người** được chi trả trong 10 tháng năm 2024). Những con số ấy nhắc chúng ta rằng "tri ân" không phải một hoạt động theo mùa, mà là một hệ thống vận hành liên tục, đòi hỏi quản trị dữ liệu, ngân sách, nhân lực và chất lượng dịch vụ.

Điểm nhấn quan trọng của Phần I là đặt người có công vào bối cảnh dịch tễ – xã hội mới: đất nước đang già hóa nhanh với **~14,2 triệu người từ 60 tuổi trở lên** (năm 2024; nguồn: cơ quan thống kê – **unspecified**, cần trích xuất từ báo cáo/niên giám hoặc kết quả điều tra dân số giữa kỳ), và mô hình bệnh tật chuyển mạnh sang bệnh không lây

nhiễm khi **NCDs chiếm ~77–81% tử vong** (WHO/World Bank – **unspecified**, cần trích dẫn từ tài liệu quốc gia WHO và chỉ báo WB theo năm). Chính tại giao điểm này hình thành luận điểm "gánh nặng kép": **di chứng chiến tranh** cộng hưởng với **lão hóa tự nhiên**, làm cho nhu cầu chăm sóc không thể chỉ dừng ở trợ cấp và điều dưỡng nghỉ dưỡng, mà phải đi vào quản lý bệnh mạn, phục hồi chức năng và sức khỏe tâm thần.

Vì thế, Phần I không chỉ nói "chúng ta đã làm được gì", mà còn chỉ ra "chúng ta đang vướng ở đâu" qua hiện trạng hệ thống. Mạng lưới cơ sở chăm sóc có số lượng lớn (tổng hợp từ các nguồn chính thống cho thấy quy mô **52–65 cơ sở/trung tâm điều dưỡng – nuôi dưỡng – phục hồi chức năng**, nhưng chi tiết theo năm và theo loại hình còn **unspecified**, cần đối chiếu báo cáo Bộ LĐ-TB&XH và hệ thống cơ sở trực thuộc). Trong nhiều trường hợp, mô hình chăm sóc vẫn nghiêng về "nuôi dưỡng thụ động": lo ăn ở, sinh hoạt, điều dưỡng định kỳ; trong khi nhu cầu thực tế lại là quản trị đa bệnh lý, giảm đau mạn, phòng té ngã, phục hồi chức năng dài hạn và sàng lọc các "vết thương vô hình" như PTSD. Đây chính là khoảng cách giữa **an sinh ổn định** và **chất lượng sống chủ động**.

Kết lại, ý nghĩa chính sách của Phần I nằm ở một mệnh đề giản dị nhưng có sức nặng: **tri ân phải được đo bằng chất lượng chăm sóc**. Khi Chiến lược quốc gia về NCDs (QĐ 376/QĐ-TTg, 2015 – nguồn trích dẫn chi tiết: **unspecified**) đã đặt ra chuẩn tối thiểu cho quản lý tăng huyết áp/đái tháo đường và các bệnh mạn, thì hệ thống chăm sóc người có công càng phải đi trước, không thể đi sau. Nói cách khác, "Đền ơn đáp nghĩa" trong kỷ nguyên mới cần chuyển dịch từ "chi trả và điều dưỡng" sang "quản trị sức khỏe trọn đời" – để người lính già không chỉ được sống lâu hơn, mà được sống **ít đau hơn, ít cô đơn hơn, và xứng đáng hơn** với những gì họ đã hiến dâng.

Khuyến nghị khả thi, có thể đo lường (đề xuất):

- Đến **12/2028**, đạt **≥70%** người có công đang hưởng trợ cấp hằng tháng có **hồ sơ sức khỏe điện tử tối thiểu** (chuẩn dữ liệu NCD, thuốc, chức năng, sức khỏe tâm thần); đến **12/2030** đạt **≥95%** (baseline hiện: **unspecified**; cần trích xuất dữ liệu hành chính).
- Đến **12/2029**, tối thiểu **≥80%** cơ sở điều dưỡng/nuôi dưỡng người có công có **bác sĩ phụ trách quản lý bệnh mạn và phục hồi chức năng** (hoặc cơ chế telehealth tuyến trên) và triển khai **quy trình sàng lọc NCD + đánh giá chức năng** hằng năm (baseline: **unspecified**; cần khảo sát nhân lực/cơ sở vật chất).
- Đến **12/2030**, đạt **≥70%** người có công tham gia điều dưỡng tập trung được **sàng lọc PTSD/trầm cảm** bằng bộ công cụ chuẩn hóa, và **≥30%** ca dương tính được tiếp cận can thiệp tối thiểu (tư vấn/nhóm trị liệu/chuyển tuyến)

(baseline: **unspecified**; cần khảo sát theo cụm và trích xuất hồ sơ khám chữa bệnh).

Gợi ý chèn hình minh họa: nên chèn một hình/infographic "gánh nặng kép: di chứng chiến tranh × lão hóa" ngay sau đoạn thứ ba để trực quan hóa luận điểm trung tâm (ảnh minh họa: **unspecified**, có thể lấy từ kho ảnh chính thống của cơ quan/ báo chính thống hoặc tự thiết kế infographic).

Đề xuất vị trí chèn bảng số liệu tóm tắt: đặt một bảng "Số liệu then chốt Phần I" ngay sau đoạn thứ hai (≈9,2 triệu người có công; ~1,06–1,3 triệu hưởng trợ cấp; 52–65 cơ sở; 14,2 triệu người 60+; NCDs 77–81% tử vong), trong đó những số liệu chưa có trích dẫn mở sẵn phải ghi rõ **(unspecified)** và kèm phương pháp thu thập (trích xuất dữ liệu hành chính, rà soát báo cáo Bộ/ngành, điều tra mẫu tại cơ sở).

PHẦN II. TẦM NHÌN QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC TIẾP BIẾN

(Góc nhìn Khoa học quản trị & Hội nhập)

Nếu Phần I đặt nền móng nhận thức từ chiều sâu văn hóa, lịch sử và y xã hội học, thì Phần II mở ra một không gian tư duy rộng hơn: đặt công tác chăm sóc Người có công của Việt Nam vào đối thoại với thế giới. Bởi trong kỷ nguyên hội nhập, một hệ thống chỉ thực sự trưởng thành khi biết soi mình trong tương quan quốc tế; không phải để tự ti, cũng không phải để sao chép, mà để nhận ra đâu là giá trị phổ quát của nhân loại, đâu là bản sắc riêng cần gìn giữ, và đâu là con đường thích hợp nhất cho mình.

Chăm sóc cựu chiến binh, người có công, người cao tuổi phụ thuộc hay những nhóm dân cư mang thương tổn đặc thù sau chiến tranh không phải là câu chuyện riêng của Việt Nam. Nhiều quốc gia đã đi trước chúng ta trong việc xây dựng các mô hình quản trị chăm sóc dài hạn, tích hợp y tế, phục hồi chức năng, sức khỏe tâm thần, dữ liệu số và hỗ trợ cộng đồng. Ở mỗi quốc gia ấy, mô hình được hình thành từ một lịch sử khác nhau, một thể chế khác nhau, một nguồn lực khác nhau, nhưng đều gặp nhau ở một điểm chung: tri ân muốn bền vững thì phải được chuyển hóa thành năng lực tổ chức; lòng biết ơn muốn có hiệu quả xã hội thì phải được nâng đỡ bằng khoa học quản trị.

Vì vậy, nhìn ra thế giới trong phần này không phải là một thao tác "tham khảo cho đủ", mà là một bước đi có tính phương pháp luận. Chúng ta cần khảo sát để hiểu vì sao Hoa Kỳ có thể xây dựng một hệ thống cựu chiến binh dựa trên dữ liệu y tế tập trung và dịch vụ tích hợp; vì sao Nhật Bản có thể biến chăm sóc dài hạn thành một nghệ thuật tôn trọng nhân phẩm; vì sao mô hình sanatorium của Nga và Đông Âu vẫn gợi mở giá trị trong

phục hồi chức năng và điều dưỡng; và vì sao Cuba, với nguồn lực không lớn, vẫn tạo dựng được sức mạnh từ chăm sóc sức khỏe ban đầu và mạng lưới bác sĩ gia đình. Những kinh nghiệm ấy, nếu được tiếp cận bằng con mắt khoa học, sẽ không chỉ cho chúng ta "cái hay của người", mà còn giúp chúng ta hiểu rõ hơn "cái cần của mình".

Tuy nhiên, hội nhập chỉ có ý nghĩa khi đi cùng bản lĩnh tiếp biến. Một mô hình thành công ở nước này chưa chắc phù hợp nguyên vẹn với nước khác. Mỗi thiết kế chăm sóc đều là sản phẩm của nền văn hóa, cấu trúc gia đình, hành vi sức khỏe, nguồn lực tài chính công và trình độ tổ chức xã hội cụ thể. Bởi vậy, bài học lớn nhất của hội nhập không nằm ở việc nhập khẩu mô hình, mà ở năng lực chọn lọc, chuyển hóa và Việt hóa. Đó là quá trình vừa tiếp thu tinh hoa quốc tế, vừa giữ vững nền tảng đạo lý "Uống nước nhớ nguồn"; vừa học cách quản trị hiện đại, vừa không đánh mất tính cộng đồng, tính nhân văn và sự gần gũi trong văn hóa chăm sóc của người Việt.

Từ góc nhìn khoa học quản trị, Phần II cũng đánh dấu một chuyển biến quan trọng trong tư duy của cuốn sách: từ chỗ mô tả nhu cầu và hiện trạng, tiến tới nhận diện các nguyên lý vận hành hiệu quả của hệ thống chăm sóc. Ở đây, vấn đề không chỉ là "mô hình nào tốt", mà là "mô hình nào có thể thích ứng"; không chỉ là "có công nghệ gì", mà là "công nghệ ấy phục vụ con người ra sao"; không chỉ là "quản lý thế nào cho đúng quy trình", mà còn là "tổ chức thế nào để tạo ra chất lượng sống, phẩm giá và cảm giác được trân trọng cho Người có công".

Phần II vì thế được viết với tinh thần đối chiếu để khai mở, học hỏi để sáng tạo, và hội nhập để phụng sự tốt hơn cho mục tiêu quốc gia. Những khảo sát quốc tế trong phần này sẽ không dẫn tới một kết luận giản đơn rằng Việt Nam phải đi theo ai. Ngược lại, điều chúng ta tìm kiếm là một phương pháp: biết học từ thế giới để phục vụ Việt Nam, biết tiếp nhận cái mới mà không đánh mất mình, biết nâng công tác tri ân từ một nghĩa cử cao đẹp thành một hệ thống chăm sóc có tầm vóc, có chuẩn mực và có sức sống lâu dài.

Xin mời bạn đọc bước vào Phần II với một tâm thế cởi mở nhưng tỉnh táo. Bởi chỉ khi nhìn ra thế giới bằng đôi mắt của chính mình, chúng ta mới có thể tìm thấy con đường phát triển phù hợp nhất cho một mô hình chăm sóc Người có công vừa mang tầm quốc tế, vừa thấm đẫm hồn cốt Việt Nam.

CHƯƠNG 4. KHẢO SÁT CÁC MÔ HÌNH CHĂM SÓC CỰU CHIẾN BINH TIÊN TIẾN

Trong nghiên cứu về chăm sóc cựu chiến binh và Người có công, điều quan trọng không chỉ là nhận diện những mô hình "thành công", mà còn phải hiểu **chúng thành công bằng cơ chế nào**: nhờ nguồn lực tài chính lớn, nhờ thiết kế thể chế, nhờ triết lý chăm sóc, hay nhờ năng lực tích hợp giữa y tế, phục hồi chức năng, dữ liệu và cộng đồng. Chương này lựa chọn bốn trường hợp tiêu biểu: Hoa Kỳ, Nhật Bản, Liên bang Nga và

không gian Đông Âu, cùng Cuba. Đây là bốn con đường rất khác nhau, nhưng đều cho thấy một chân lý quản trị: chăm sóc bền vững không thể chỉ dựa vào thiện chí; nó phải được đỡ bằng **hệ thống**, **chuẩn nghề nghiệp**, **dữ liệu**, và **khả năng điều phối liên ngành**. (Veterans Affairs)

Ở bình diện so sánh, Hoa Kỳ nổi bật bởi quy mô và hạ tầng số; Nhật Bản nổi bật bởi mô hình chăm sóc dài hạn gắn với tôn trọng nhân phẩm; Nga và Đông Âu nổi bật ở truyền thống sanatorium kết hợp điều trị, phục hồi và dưỡng sinh bằng tài nguyên tự nhiên; Cuba lại cho thấy sức mạnh của chăm sóc sức khỏe ban đầu dựa vào mạng lưới bác sĩ gia đình và cộng đồng. Sự khác biệt này rất quan trọng đối với Việt Nam, vì bài học không nằm ở sao chép nguyên mẫu, mà ở việc nhận ra **logic tổ chức** nào có thể tiếp biến cho điều kiện trong nước. (VA News)

4.1. Hoa Kỳ – Mô hình VA (Veterans Affairs): Sức mạnh của dữ liệu y tế tập trung và công nghệ hỗ trợ

Hệ thống chăm sóc cựu chiến binh của Hoa Kỳ, do Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ (Department of Veterans Affairs – VA) vận hành, là một trong những mạng lưới lớn nhất thế giới dành riêng cho một nhóm dân cư có nhu cầu chăm sóc đặc thù. Theo **FY 2025 Budget in Brief**, VA dự kiến trong năm 2025 sẽ hỗ trợ gần **6,9 triệu** cựu chiến binh và thân nhân hưởng bồi thường thương tật, quản lý lương hưu cho hơn **224.000** người thụ hưởng, đồng thời phục vụ khoảng **7,3 triệu bệnh nhân duy nhất** trong hệ thống y tế của mình. Tài liệu ngân sách này cũng cho biết VA dự kiến duy trì khoảng **448.170 nhân sự quy đổi toàn thời gian (FTE)** từ mọi nguồn kinh phí. (Veterans Affairs)

Quy mô ấy cho thấy VA không chỉ là một cơ quan phúc lợi, mà thực chất là một **hệ sinh thái chăm sóc tích hợp** kết hợp khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, sức khỏe tâm thần, quản lý quyền lợi, chăm sóc dài hạn, công nghệ số và điều phối với cộng đồng. Báo cáo thường niên VHA 2024 cho biết trong năm tài khóa 2024, VA đã hoàn thành **hơn 130 triệu lượt hẹn khám chữa bệnh**, tăng **7%** so với năm trước; báo cáo này đồng thời nhấn mạnh VA đang phục vụ **hơn 9 triệu** cựu chiến binh thông qua các mạng lưới lâm sàng và dịch vụ hỗ trợ chuyên sâu. (Veterans Affairs)

Sức mạnh nổi bật nhất của mô hình VA nằm ở **dữ liệu y tế tập trung**. Trong logic quản trị hiện đại, dữ liệu tập trung không chỉ là kho lưu trữ hồ sơ, mà là nền tảng để đồng bộ hóa hành trình chăm sóc: từ chẩn đoán, đơn thuốc, phục hồi chức năng, tư vấn sức khỏe tâm thần, chăm sóc từ xa, cho đến quản lý chuyển tuyến. VA xác định hiện đại hóa hồ sơ sức khỏe điện tử là một ưu tiên chiến lược; trang chính thức về **Electronic Health Record Modernization (EHRM)** mô tả mục tiêu là tạo ra một quá trình chuyển tiếp "liền mạch và không giấy tờ" giữa chăm sóc trong quân đội và chăm sóc trong VA. Tháng 5 năm 2025, VA tiếp tục gia hạn giai đoạn hợp tác với Oracle Health để triển khai hồ sơ

sức khỏe điện tử liên bang, cho thấy hiện đại hóa dữ liệu vẫn là trục chính của cải cách hệ thống. (DigitalVA)

Từ góc nhìn quản trị, bài học lớn của VA không nằm ở việc "có công nghệ", mà ở chỗ công nghệ được dùng để **giảm phân mảnh**. Với nhóm cựu chiến binh, nhiều người có bệnh mạn tính, đa bệnh lý, chấn thương xương khớp, rối loạn stress sau sang chấn, lạm dụng chất hoặc khuyết tật chức năng, nguy cơ lớn nhất không phải chỉ là thiếu dịch vụ, mà là dịch vụ tồn tại rời rạc. Một hồ sơ y tế điện tử dùng chung và có khả năng liên thông giúp hệ thống giảm sai sót, giảm trùng lặp xét nghiệm, hỗ trợ theo dõi liên tục, đồng thời giúp nhà quản lý đo được hiệu suất và chất lượng theo thời gian thực hơn. Chính ở điểm này, VA cho thấy chăm sóc cựu chiến binh muốn hiệu quả phải vận hành như **một mạng lưới điều phối**, không phải như các cơ sở rời rạc. (DigitalVA)

Bên cạnh dữ liệu tập trung, **telehealth** là mũi nhọn thứ hai. Cổng Telehealth VA nêu rõ các công nghệ chăm sóc từ xa cho phép cựu chiến binh gặp bác sĩ qua video tại nhà, kết nối với chuyên gia từ phòng khám gần nơi cư trú, hoặc được hỗ trợ chuyên môn trong bệnh viện mà không phải di chuyển xa. VA Health Connect cũng vận hành như một điểm vào 24/7, nơi người bệnh có thể trao đổi với điều dưỡng, được tư vấn triệu chứng, tiếp cận tele-emergency care và quản lý hẹn khám, thuốc men. Với cựu chiến binh lớn tuổi, người khuyết tật vận động, hay sống ở vùng xa, đây là công cụ quản trị khoảng cách rất hiệu quả. (telehealth.va.gov)

Một nét quan trọng khác là VA không xem chăm sóc cựu chiến binh chỉ là chăm sóc bệnh lý cấp tính. Hệ thống này gắn mạnh với **rehabilitation**, **assistive technology**, chăm sóc sức khỏe tâm thần, hỗ trợ người chăm sóc và các nền tảng số như lịch hẹn, nhắn tin bảo mật, truy cập hồ sơ trên VA.gov/My HealtheVet. Điều này phù hợp với bản chất của nhóm cựu chiến binh: nhu cầu của họ thường kéo dài suốt vòng đời, đòi hỏi chăm sóc có tính liên tục, phục hồi và xã hội hóa cao hơn mô hình bệnh viện thuần túy. (Veterans Affairs)

Tuy nhiên, mô hình VA cũng không phải không có vấn đề. Các báo cáo của GAO cho thấy quá trình hiện đại hóa hồ sơ điện tử của VA đã gặp khó khăn, từng bị tạm dừng mở rộng vào năm 2023 vì lo ngại về vận hành, an toàn và khả năng sử dụng; điều đó nhắc chúng ta rằng **chuyển đổi số trong y tế không tự động tạo ra hiệu quả**, nếu quản trị thay đổi, đào tạo nhân lực và chuẩn hóa quy trình không đi kèm. Bài học ở đây rất rõ: số hóa phải đi sau hoặc đi cùng **chuẩn hóa lâm sàng**, **quản trị quy trình** và **trách nhiệm giải trình**. (GAO)

Đối với Việt Nam, kinh nghiệm Hoa Kỳ gợi ra ba điểm. Thứ nhất, công tác chăm sóc Người có công cần tiến tới một **hệ thống dữ liệu sức khỏe – phục hồi chức năng – an sinh** có thể liên thông, thay vì chia cắt theo ngành và cấp. Thứ hai, công nghệ hỗ trợ như khám từ xa, hồ sơ điện tử, nhắn tin bảo mật hay nền tảng theo dõi điều trị chỉ có ý

nghĩa khi phục vụ nhóm người già yếu, đa bệnh, khó di chuyển. Thứ ba, càng tri ân ở quy mô lớn, càng cần **quản trị bằng dữ liệu**, nếu không, lòng tốt dễ bị tiêu hao trong sự phân tán nguồn lực và bất bình đẳng tiếp cận. (Veterans Affairs)

4.2. Nhật Bản – Triết lý Kaigo: Nghệ thuật chăm sóc dài hạn và sự tôn trọng nhân phẩm người cao tuổi

Nếu Hoa Kỳ cho thấy sức mạnh của quản trị dữ liệu, thì Nhật Bản cho thấy chiều sâu của một xã hội đã biến chăm sóc dài hạn thành **một thiết chế văn minh**. Nhật là một trong những quốc gia già hóa nhanh nhất thế giới. Báo cáo **Annual Report on the Ageing Society FY2024** cho biết tính đến ngày 1/10/2023, Nhật Bản có **124,35 triệu dân**, trong đó **36,23 triệu người từ 65 tuổi trở lên**, tương đương **29,1% dân số**; nhóm từ **75 tuổi trở lên** đã đạt **20,08 triệu người**, chiếm **16,1%** dân số. (内閣府ホームページ)

Trong bối cảnh ấy, hệ thống **Long-Term Care Insurance (LTCI)** của Nhật không còn là một chính sách phụ trợ, mà là trụ cột của an sinh xã hội. MHLW giải thích LTCI được thiết kế để tách chăm sóc dài hạn khỏi bảo hiểm y tế thông thường, giảm tình trạng "nhập viện xã hội", và cho phép người dân tiếp cận dịch vụ một cách toàn diện từ nhiều nhà cung cấp khác nhau. Tính chất cốt lõi của hệ thống này là chuyển gánh nặng từ mô hình gia đình đơn độc sang mô hình **xã hội cùng chia sẻ trách nhiệm chăm sóc**. (Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản)

Số liệu thực chứng mới cho thấy quy mô hệ thống Kaigo rất lớn. Báo cáo tháng 6/2025 của **Statistics of Long-term Care Benefit Expenditures** cho biết toàn quốc có khoảng **999,6 nghìn** người sử dụng dịch vụ dự phòng chăm sóc dài hạn và khoảng **4.880,6 nghìn** người sử dụng dịch vụ chăm sóc dài hạn; chi phí tương ứng là **28,113 tỷ yên** cho dịch vụ dự phòng và **1.004,621 tỷ yên** cho dịch vụ chăm sóc dài hạn trong riêng tháng đó. Mức chi bình quân trên một người thụ hưởng là **28,1 nghìn yên** ở nhóm dự phòng và **205,8 nghìn yên** ở nhóm chăm sóc dài hạn. (Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản)

Những con số ấy cho thấy Nhật Bản không ứng phó với già hóa bằng cách "đẩy người già vào bệnh viện", mà bằng một mạng lưới dịch vụ rất đa dạng: chăm sóc tại nhà, hỗ trợ ban ngày, cơ sở lưu trú, phục hồi chức năng, hỗ trợ sa sút trí tuệ, điều phối chăm sóc tại cộng đồng. Về mặt quản trị, điểm đặc sắc là Nhật tổ chức Kaigo như một **chuỗi dịch vụ nhiều tầng**, trong đó người cao tuổi không bị nhìn như "đối tượng bảo trợ", mà như một chủ thể có nhu cầu, quyền lựa chọn và phẩm giá riêng. (Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản)

Triết lý cốt lõi của Kaigo là **tôn trọng nhân phẩm và duy trì tối đa tính độc lập chức năng**. Đây là khác biệt rất lớn so với nhiều hệ thống chăm sóc nặng tính quản thúc hoặc thiên về nuôi dưỡng thụ động. Trong tư duy Nhật Bản, một người cao tuổi không chỉ cần "được cho ăn, cho thuốc, cho nằm", mà cần được hỗ trợ để còn giữ cảm giác tự chủ,

được tham gia quyết định, được sống trong nhịp sinh hoạt gần với đời sống bình thường nhất có thể. Chính vì thế, Kaigo luôn đi cùng các chuẩn nghề nghiệp chi tiết, môi trường chăm sóc ít xâm lấn, và cách ứng xử nhấn mạnh sự tinh tế, kín đáo, đúng mực. (Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản)

Từ góc nhìn tài chính công, MHLW cũng cho thấy áp lực bền vững của mô hình này ngày càng lớn. Tài liệu chính thức của hệ thống LTCI nêu mức phí bảo hiểm bình quân toàn quốc được dự báo tăng từ **6.771 yên** năm 2020 lên **8.165 yên** năm 2025. Nghĩa là Nhật Bản không né tránh thực tế rằng một xã hội già hóa muốn giữ được chất lượng chăm sóc thì phải chấp nhận chi phí ngày càng lớn hơn, đồng thời buộc phải cải thiện hiệu quả và ưu tiên hóa nguồn lực. (Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản)

Một điểm có ý nghĩa đối với Việt Nam là Nhật không tổ chức chăm sóc dài hạn như một hệ thống biệt lập. Chính phủ nước này thúc đẩy **Community-based Integrated Care System**, tức mô hình chăm sóc tích hợp tại cộng đồng, để người cao tuổi dù suy giảm chức năng vẫn có thể sống càng lâu càng tốt trong môi trường quen thuộc. Đây là tư duy rất gần với nhu cầu của Người có công và cựu chiến binh cao tuổi ở Việt Nam: chăm sóc không nhất thiết phải đồng nghĩa với tập trung hóa toàn bộ vào cơ sở nội trú; nhiều khi điều quan trọng hơn là thiết kế được mạng lưới hỗ trợ tại cộng đồng, tại gia đình và ở tuyến gần dân. (Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản)

Từ Nhật Bản, bài học lớn nhất không chỉ là mô hình bảo hiểm chăm sóc dài hạn, mà là **đạo đức tổ chức của sự chăm sóc**. Một hệ thống tốt phải khiến người được chăm sóc không bị mất đi cảm giác mình vẫn là một con người có phẩm giá. Đối với công tác tri ân ở Việt Nam, đây là gợi ý rất sâu sắc: cơ sở chăm sóc Người có công cần được đánh giá không chỉ bằng suất ăn, giường bệnh, định mức thuốc, mà còn bằng mức độ tôn trọng đời sống tinh thần, quyền lựa chọn và cảm giác được đối xử như một nhân vị trọn vẹn. (内閣府ホームページ)

4.3. Liên bang Nga và Đông Âu – Mô hình Sanatorium: Sự kết hợp kinh điển giữa Y học hiện đại, Vật lý trị liệu và Khí hậu liệu pháp

Trong không gian Nga và Đông Âu, mô hình **sanatorium** là một truyền thống đặc thù, khác với bệnh viện cấp tính và cũng khác với dưỡng lão thuần túy. Về bản chất, đây là mô hình kết hợp **điều trị y học, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, khí hậu liệu pháp, balneotherapy, chế độ ăn và nghỉ dưỡng có giám sát y khoa**. Cổng thông tin chính thức của Bộ Y tế Nga về điều trị sanatorium mô tả đây là điều trị được tổ chức tại các tổ chức y tế có giấy phép chuyên môn, đặt trong các khu nghỉ dưỡng hoặc địa bàn có tài nguyên trị liệu tự nhiên. Chính chiến lược phát triển sanatorium-resort complex của Liên bang Nga cũng định nghĩa khu vực này là tập hợp các đối tượng và hoạt động phục vụ **điều trị, phục hồi chức năng, nâng cao sức khỏe và phòng bệnh** trên nền tài nguyên thiên nhiên chữa bệnh. (kurort.minzdrav.gov.ru)

Điểm đáng chú ý là sanatorium ở Nga không phải là di sản đã chết, mà vẫn được quản lý như một khu vực có tổ chức và có dữ liệu. Cổng tìm kiếm chính thức của Bộ Y tế Nga hiện cho biết trong hệ thống đăng ký có **1.728 tổ chức có giấy phép điều trị sanatorium**, trong đó **1.059 tổ chức đã được xác minh** trên cổng tra cứu. Con số này, dù không nói hết quy mô sử dụng dịch vụ, vẫn cho thấy sanatorium ở Nga hiện nay không chỉ là ký ức lịch sử, mà là một **hạ tầng chăm sóc – phục hồi còn hoạt động ở quy mô đáng kể**. (kurort.minzdrav.gov.ru)

Truyền thống này có lý do tồn tại riêng. Trong tư duy y học Đông Âu, đặc biệt với người bệnh mạn tính, người cần hậu điều trị, người suy giảm chức năng vận động, tim mạch, hô hấp hay cơ xương khớp, giai đoạn "ra viện" không nên là điểm kết thúc của chăm sóc. Sanatorium đảm nhiệm chính khoảng chuyển tiếp đó: đưa bệnh nhân từ điều trị cấp tính sang phục hồi chức năng, nghỉ dưỡng điều độ, vận động trị liệu và chăm sóc dự phòng tái phát. WHO châu Âu nhấn mạnh rằng phục hồi chức năng là can thiệp có hiệu quả chi phí, có thể rút ngắn thời gian nằm viện, giảm tái nhập viện và giảm biến chứng. Xét trên logic đó, sanatorium là một cách tổ chức **rehabilitation in context** – phục hồi trong bối cảnh môi trường trị liệu rộng hơn, thay vì chỉ là vài buổi tập đơn lẻ trong bệnh viện. (Tổ Chức Y Tế Thế Giới)

Nga còn duy trì cách hiểu rất điển hình về điều trị sanatorium: sử dụng **mineral waters, лечебные грязи (bùn khoáng), лечебный климат, khí trị liệu tự nhiên**, kết hợp với vật lý trị liệu, dinh dưỡng và vận động có chỉ định. Cổng thông tin của Bộ Y tế Nga giải thích rõ các phương pháp này được triển khai trong các tổ chức có giấy phép, còn chiến lược quốc gia xem tài nguyên trị liệu tự nhiên là nền tảng của toàn bộ hệ thống. Điều này cho thấy sanatorium là mô hình giao thoa giữa y học hiện đại và "y học môi trường" – nơi địa điểm, vi khí hậu, khoáng chất và nhịp sinh hoạt đều trở thành một phần của can thiệp điều trị. (kurort.minzdrav.gov.ru)

Không gian Đông Âu rộng hơn cũng có truyền thống tương tự trong spa medicine và balneotherapy. Dù số liệu so sánh xuyên quốc gia rất khó chuẩn hóa do khác nhau về định nghĩa, mô hình quản lý và hệ thống bảo hiểm, xu hướng chung của khu vực vẫn là xem phục hồi chức năng và điều trị bằng tài nguyên tự nhiên như một cấu phần hợp pháp của hệ sinh thái chăm sóc sau điều trị. WHO châu Âu hiện tiếp tục đặt trọng tâm vào tăng cường bằng chứng cho rehabilitation, bởi gánh nặng bệnh tật cần phục hồi chức năng trong khu vực là rất lớn. (Tổ Chức Y Tế Thế Giới)

Từ giác độ quản trị, ưu điểm của mô hình sanatorium là nó xử lý tốt **vùng xám giữa bệnh viện và cuộc sống thường nhật**. Với cựu chiến binh và Người có công, nhiều nhu cầu nằm đúng ở vùng xám ấy: đau mạn tính, giảm khả năng vận động, mất ngủ, rối loạn thần kinh thực vật, suy kiệt sau bệnh, cần phục hồi chức năng nhưng không nhất thiết nằm viện. Sanatorium cho phép tổ chức gói chăm sóc có thời hạn, có chỉ định, có kiểm

soát chuyên môn, nhưng vẫn mang đặc tính thư giãn, dưỡng sinh và tái tạo năng lực sống. Đây là một giá trị rất đáng suy nghĩ đối với Việt Nam, nhất là khi nhiều trung tâm điều dưỡng – phục hồi hiện nay vẫn còn thiên về "chăm sóc lưu trú" hơn là "chăm sóc phục hồi có mục tiêu". (kurort.minzdrav.gov.ru)

Tất nhiên, mô hình này cũng có giới hạn. Nó đòi hỏi hạ tầng địa lý – khí hậu phù hợp, chất lượng nhân lực đa ngành, kiểm soát chỉ định chặt chẽ và bằng chứng khoa học đủ mạnh cho từng kỹ thuật. Nếu bị thương mại hóa quá mức hoặc tách khỏi tiêu chuẩn y khoa, sanatorium rất dễ trượt thành du lịch nghỉ dưỡng mang danh trị liệu. Vì vậy, bài học không phải là sao chép hình thức "khu điều dưỡng nghỉ mát", mà là học lấy cấu trúc hợp lý của nó: **kết nối y học hiện đại với phục hồi chức năng, dinh dưỡng, môi trường trị liệu và nhịp sống điều độ**. (kurort.minzdrav.gov.ru)

4.4. Cuba – Y tế cộng đồng: Ưu việt của mạng lưới bác sĩ gia đình và chăm sóc sức khỏe ban đầu

Khác hẳn Hoa Kỳ hay Nhật Bản, Cuba không nổi bật vì ngân sách khổng lồ hay hạ tầng công nghệ đắt tiền. Sức mạnh của Cuba nằm ở một cấu trúc rất khác: **chăm sóc sức khỏe ban đầu phủ rộng, tổ chức chặt, bám cộng đồng và dựa mạnh vào bác sĩ gia đình – điều dưỡng gia đình**. Tài liệu của WHO/PAHO về Cuba khẳng định chăm sóc sức khỏe ban đầu là nền tảng của hệ thống y tế quốc gia, cho phép quốc gia này tiến tới bao phủ toàn dân miễn phí thông qua một mạng lưới dịch vụ tích hợp đặt trên mô hình bác sĩ và điều dưỡng gia đình. Một tài liệu PAHO khác cũng ghi nhận Cuba đã đạt **100% bao phủ dân số bởi bác sĩ gia đình từ năm 1990**, và tiếp tục được xem là hình mẫu quan trọng của chiến lược PHC tại châu Mỹ. (WHO Apps)

Điều đáng nói là mô hình ấy vẫn cho thấy hiệu quả xã hội trong bối cảnh nguồn lực vật chất không dư dả. Hồ sơ quốc gia Cuba của PAHO cho biết dân số năm 2024 vào khoảng **10,98 triệu người**, trong đó nhóm từ **65 tuổi trở lên chiếm 16,6%**; tuổi thọ trung bình lúc sinh đạt **78,3 năm** năm 2024. PAHO cũng cho biết chi tiêu công cho y tế của Cuba năm 2021 tương đương **12,63% GDP**, trong khi chi tiêu tiền túi chỉ chiếm **8,39%** tổng chi y tế – một chỉ báo cho thấy mức độ bảo vệ tài chính của hệ thống tương đối cao. (Health in the Americas)

Về nhân lực y tế, dữ liệu Ngân hàng Thế giới dựa trên nguồn WHO cho thấy Cuba có **9,4 bác sĩ trên 1.000 dân** ở năm dữ liệu gần nhất là **2021**, thuộc nhóm rất cao trên thế giới. Hồ sơ PAHO cũng ghi nhận mật độ nhân lực y tế năm 2020 là **92,8 nhân viên y tế trên 10.000 dân**, mật độ điều dưỡng – hộ sinh là **76,6 trên 10.000 dân**, và hầu như **99,9% ca sinh** được nhân viên y tế có kỹ năng đỡ đẻ. Những con số này không chỉ phản ánh "nhiều bác sĩ", mà phản ánh một chiến lược lâu dài: đầu tư mạnh vào nhân lực tuyến cơ sở và lồng ghép họ vào cộng đồng sống của người dân. (World Bank Open Data)

Cấu trúc tổ chức của Cuba đặc biệt ở chỗ bác sĩ gia đình không chỉ chờ bệnh nhân đến khám, mà còn chủ động theo dõi địa bàn dân cư, hộ gia đình, nhóm nguy cơ và diễn tiến bệnh mạn tính. Mô hình này giúp phát hiện sớm, quản lý liên tục và can thiệp dự phòng trước khi bệnh nặng lên. Với cựu chiến binh, người có khuyết tật, người cao tuổi cô đơn hoặc mang đa bệnh lý, đây là triết lý rất giá trị: **hệ thống phải đến gần người bệnh**, chứ không chỉ mở cổng chờ họ tự đến. (WHO Apps)

Từ góc độ kết quả sức khỏe, Cuba vẫn duy trì nhiều chỉ số tốt dù bối cảnh kinh tế khó khăn. PAHO cho biết năm 2022, tỷ lệ mắc lao mới ở Cuba là **6 ca trên 100.000 dân**; năm 2019, tỷ lệ tử vong sớm có thể phòng tránh là **210,9 trên 100.000 dân**, thấp hơn mức trung bình của châu Mỹ; đến cuối năm 2021, ít nhất **94% dân số** đã được tiêm ít nhất một liều vaccine COVID-19. Những chỉ báo này không chứng minh rằng hệ thống không có khủng hoảng, nhưng cho thấy năng lực tổ chức cộng đồng và chăm sóc ban đầu của Cuba vẫn rất đáng kể. (Health in the Americas)

Dĩ nhiên, không thể lãng mạn hóa mô hình Cuba. PAHO hiện cũng cảnh báo đất nước này đang chịu áp lực nặng nề từ khó khăn kinh tế, thiếu thuốc, thiếu vật tư và làn sóng di cư nhân lực y tế, ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ và sức khỏe dân cư. Điều đó nhắc chúng ta rằng một mô hình dù đúng về triết lý vẫn cần được nuôi bằng nguồn lực vật chất tối thiểu và cơ chế giữ chân nhân lực. Nhưng chính trong bối cảnh khó khăn ấy, Cuba càng cho thấy sức bền của một hệ thống đặt nền trên **primary health care**, phòng bệnh, cộng đồng và quan hệ gần dân. (Tổ Chức Y Tế Liên Mỹ)

Đối với Việt Nam, bài học Cuba đặc biệt gần gũi. Với Người có công sống phân tán ở nhiều địa phương, nhất là vùng nông thôn, miền núi, biên giới, mô hình hiệu quả không thể chỉ dựa vào vài trung tâm tuyến trên. Cần một mạng lưới theo dõi tại cơ sở, nơi y tế xã, bác sĩ gia đình, điều dưỡng, phục hồi chức năng cộng đồng và cán bộ an sinh cùng tham gia quản lý ca. Nói cách khác, Cuba gợi cho ta một chân lý căn bản: **tri ân tốt không chỉ là xây cơ sở thật lớn, mà là tổ chức được sự hiện diện của chăm sóc ở thật gần người cần được chăm sóc**. (WHO Apps)

Kết luận của chương

Bốn mô hình khảo sát trong chương này không dẫn tới một "mẫu số chung" đơn giản, nhưng lại cho thấy bốn năng lực mà một hệ thống chăm sóc cựu chiến binh tiên tiến cần có. Hoa Kỳ nhấn mạnh **năng lực quản trị dữ liệu và công nghệ hỗ trợ**; Nhật Bản nhấn mạnh **năng lực tổ chức chăm sóc dài hạn dựa trên nhân phẩm**; Nga và Đông Âu nhấn mạnh **năng lực phục hồi chức năng tích hợp với môi trường trị liệu**; Cuba nhấn mạnh **năng lực bám cộng đồng của chăm sóc sức khỏe ban đầu**. (VA News)

Từ đó, có thể rút ra một kết luận mang tính phương pháp cho Việt Nam: mô hình chăm sóc Người có công trong tương lai không nên chọn một cực duy nhất. Nó cần kết hợp **hệ thống dữ liệu liên thông kiểu VA**, **đạo đức chăm sóc kiểu Kaigo**, **tư duy phục hồi chức năng theo tinh thần sanatorium**, và **mạng lưới gần dân theo logic Cuba**. Chỉ khi đó, tri ân mới không dừng ở biểu tượng đạo lý, mà trở thành một hệ thống chăm sóc hiện đại, nhân bản và có khả năng phục vụ lâu dài trong bối cảnh già hóa dân số. (Veterans Affairs)

CHƯƠNG 5. PHƯƠNG PHÁP LUẬN "VIỆT HÓA" CÁC MÔ HÌNH QUỐC TẾ

Nếu Chương 4 giúp chúng ta nhìn ra thế giới để nhận diện các mô hình chăm sóc cựu chiến binh tiên tiến, thì Chương 5 đặt ra một yêu cầu khó hơn nhưng cũng quan trọng hơn: **làm thế nào để chuyển hóa những kinh nghiệm quốc tế ấy thành một mô hình phù hợp với Việt Nam**. Đây không phải là câu hỏi kỹ thuật đơn thuần, mà là một vấn đề phương pháp luận. Bởi mọi mô hình chăm sóc, dù được chứng minh hiệu quả ở quốc gia này, khi chuyển sang quốc gia khác đều phải đi qua ba phép thử căn bản: **phù hợp văn hóa hay không, chịu được ràng buộc ngân sách hay không, và có thể dung hòa giữa hội nhập với bản sắc dân tộc hay không**.

Trong nhiều thập niên, Việt Nam đã chứng minh một năng lực đặc biệt trong lịch sử phát triển của mình: không khép kín trước cái mới, nhưng cũng không dễ dàng hòa tan vào cái mới. Từ chính trị, giáo dục, y tế đến kinh tế, con đường của Việt Nam thường không phải là sao chép nguyên mẫu, mà là **tiếp nhận có chọn lọc, điều chỉnh theo điều kiện thực tế và chuyển hóa thành mô hình mang dấu ấn Việt Nam**. Đối với công tác chăm sóc Người có công, yêu cầu ấy càng trở nên cấp thiết. Bởi đây không chỉ là một lĩnh vực cung ứng dịch vụ công, mà còn là nơi kết tinh của đạo lý dân tộc, cảm xúc xã hội, trách nhiệm nhà nước và phẩm giá con người.

"Việt hóa" các mô hình quốc tế vì thế không có nghĩa là làm cho chúng trở nên giản lược, thô sơ hay cục bộ. Trái lại, đó là quá trình **nâng tầm năng lực nội sinh**: biết học cái hay của thế giới, nhưng chuyển hóa nó vào đúng cấu trúc gia đình Việt, cộng đồng Việt, tâm lý Việt, trình độ tổ chức Việt và nguồn lực tài chính của Việt Nam. Đây là một quá trình vừa mang tính khoa học, vừa mang tính nghệ thuật quản trị. Khoa học ở chỗ phải có nguyên tắc, tiêu chí, dữ liệu và thử nghiệm; nghệ thuật ở chỗ phải đủ tinh tế để nhận ra rằng cùng một mô hình, chỉ cần thay đổi bối cảnh văn hóa là kết quả có thể khác đi rất xa.

Từ góc nhìn ấy, chương này đề xuất một khung phương pháp luận gồm ba lớp: **bộ lọc văn hóa**, **bài toán kinh tế y tế**, và **nguyên tắc tiếp biến**. Ba lớp này không tách rời nhau, mà vận hành như một hệ thống kiểm định trước khi bất kỳ kinh nghiệm quốc tế nào được đưa vào thực tiễn Việt Nam. Có thể nói ngắn gọn: cái gì không đi qua văn hóa thì khó bền; cái gì không vượt qua bài toán chi phí – hiệu quả thì khó sống; cái gì không được

tiếp biến đúng mức thì либо trở nên xa lạ, либо trở thành bản sao vụng về, mất cả tinh thần gốc lẫn khả năng thích nghi.

5.1. Bộ lọc văn hóa: Thích ứng với tâm lý cộng đồng và thói quen sinh hoạt của người Việt

Trong lĩnh vực chăm sóc, văn hóa không phải là phần trang trí bên ngoài, mà là **cấu trúc vô hình quyết định khả năng chấp nhận, mức độ hợp tác và hiệu quả cuối cùng của mô hình**. Nhiều chương trình quốc tế thất bại không phải vì kỹ thuật sai, mà vì được xây dựng trên một giả định văn hóa không tương thích với nơi tiếp nhận. Một mô hình chăm sóc hiệu quả ở xã hội đề cao cá nhân độc lập có thể gặp trở ngại trong xã hội coi trọng gia đình và quan hệ họ hàng; một mô hình tiêu chuẩn hóa cao có thể vận hành trơn tru trong cộng đồng quen tuân thủ quy trình, nhưng lại khó bền trong môi trường nơi cảm xúc, tình làng nghĩa xóm và giao tiếp phi chính thức giữ vai trò lớn.

Với Việt Nam, bộ lọc văn hóa đầu tiên nằm ở **tính cộng đồng**. Người Việt, đặc biệt ở thế hệ cao tuổi, thường không nhìn đời sống như một chuỗi nhu cầu cá nhân tách biệt, mà như một mạng lưới gắn bó giữa gia đình, họ hàng, xóm giềng, tổ chức đoàn thể và ký ức tập thể. Một cựu chiến binh Việt Nam bước vào cơ sở chăm sóc không chỉ mang theo bệnh án, mà còn mang theo vị thế trong gia đình, lòng tự trọng của một người từng cống hiến, thói quen sống nhiều năm trong môi trường quen thuộc, và nhu cầu được tôn trọng như một thành viên của cộng đồng chứ không phải một "đối tượng thụ hưởng" vô danh. Nếu mô hình chăm sóc bỏ qua chiều kích này, người được chăm sóc có thể được phục vụ đầy đủ về vật chất nhưng vẫn cảm thấy lạc lõng, mất kết nối, thậm chí bị tổn thương về tinh thần.

Bởi vậy, "Việt hóa" trước hết là **xây dựng các thiết chế chăm sóc không làm tan rã cấu trúc cộng đồng của người Việt**. Một trung tâm điều dưỡng Người có công ở Việt Nam không nên vận hành như một cơ sở nội trú khép kín, nơi tất cả nhu cầu đều bị kỹ trị hóa thành lịch khám, giờ ăn, giờ ngủ và đợt trị liệu. Nó cần được tổ chức như một không gian vừa chuyên nghiệp, vừa có độ mềm xã hội: có khu sinh hoạt tập thể, có nghi thức giao tiếp đậm tính nhân văn, có không gian gặp gỡ gia đình, có hoạt động giao lưu cựu chiến binh, có cơ chế để hội đoàn, đoàn viên thanh niên, học sinh, cộng đồng địa phương tham gia trong chừng mực phù hợp. Nói cách khác, thay vì tách người có công khỏi đời sống xã hội để "chăm cho tiện", phải tìm cách **đưa xã hội vào trong quá trình chăm sóc**.

Bộ lọc văn hóa thứ hai là **thói quen sinh hoạt và nhịp sống Việt Nam**. Nhiều người cao tuổi Việt Nam có một nhịp sinh hoạt rất riêng: quen ăn nóng, uống nóng, ngủ sớm, dậy sớm, cần trò chuyện trước khi hợp tác điều trị, thích không khí gần gũi hơn là phong cách phục vụ quá cơ giới. Họ cũng có những nhu cầu tưởng như nhỏ nhưng thực ra rất quan trọng đối với cảm giác được sống đúng với mình: được ăn món hợp khẩu vị vùng

miền, được nghe những giai điệu quen thuộc, được thắp hương vào ngày giỗ người thân, được đọc báo giấy, được ra sân đi bộ, được gặp người cùng quê hay cùng đơn vị cũ. Nếu mô hình chăm sóc chỉ tối ưu hóa theo logic vận hành công nghiệp, rất dễ tạo ra tình trạng "đúng quy trình nhưng sai tâm lý".

Ở đây, khoa học quản trị phải kết hợp với khoa học hành vi. Một cơ sở chăm sóc tốt không nhất thiết phải đắt đỏ, nhưng nhất thiết phải biết **thiết kế trải nghiệm sống** cho người được chăm sóc. Điều này đặc biệt quan trọng với cựu chiến binh và Người có công, bởi họ thường nhạy cảm với cách xưng hô, với thái độ phục vụ, với không khí tập thể, và với việc mình có còn được nhìn nhận như một người từng cống hiến hay không. Một nụ cười đúng lúc, một cách gọi "bác", "chú", "cô", "ông" phù hợp, một lễ tri ân nhỏ nhân ngày truyền thống, một góc trưng bày ký ức đơn vị cũ, đôi khi có giá trị chữa lành tinh thần không kém một can thiệp y tế.

Bộ lọc văn hóa thứ ba liên quan đến **vai trò của gia đình**. Ở nhiều nước phát triển, chăm sóc dài hạn được thiết kế trong bối cảnh gia đình hạt nhân nhỏ, mức độ tự lập cao, và các dịch vụ xã hội phát triển mạnh. Trong khi đó, tại Việt Nam, gia đình vẫn là chủ thể chăm sóc quan trọng nhất, kể cả khi năng lực chăm sóc thực tế đã suy giảm vì di cư lao động, già hóa, hoặc gánh nặng kinh tế. Điều này có nghĩa là bất kỳ mô hình nào áp dụng vào Việt Nam cũng không thể đặt gia đình ra ngoài. Một mô hình hiện đại phải trả lời được câu hỏi: **làm thế nào để cơ sở chuyên môn và gia đình trở thành hai cánh tay của cùng một hệ thống chăm sóc, thay vì thay thế hoặc đổ lỗi cho nhau**.

Để làm được điều đó, phương pháp luận "Việt hóa" cần coi gia đình là **đối tác chăm sóc**, không chỉ là người thăm nom. Cần có chương trình huấn luyện ngắn cho thân nhân về dinh dưỡng, phòng loét tỳ đè, hỗ trợ vận động, nhận biết dấu hiệu suy sụp tâm lý, sử dụng thuốc an toàn và giao tiếp với người cao tuổi bị suy giảm chức năng. Cũng cần có hệ thống tư vấn định kỳ để gia đình được cập nhật tiến triển, được trao đổi về mục tiêu điều trị và được hướng dẫn cách tiếp tục chăm sóc khi người bệnh trở về nhà. Khi gia đình được trao quyền và được hỗ trợ đúng cách, thời gian ở cơ sở có thể rút ngắn, chất lượng chăm sóc tại nhà được nâng lên, và gánh nặng ngân sách cũng giảm đáng kể.

Bộ lọc văn hóa thứ tư là **tâm lý trọng tình hơn trọng hợp đồng** trong xã hội Việt Nam. Đây vừa là lợi thế, vừa là thách thức. Lợi thế là sự gắn bó tình cảm có thể tạo ra sức mạnh hỗ trợ xã hội rất lớn; thách thức là nếu thiếu chuẩn mực nghề nghiệp và giám sát chất lượng, chăm sóc rất dễ bị cảm tính hóa, lệ thuộc vào "tấm lòng" của vài cá nhân, không ổn định và khó nhân rộng. Do đó, "Việt hóa" không đồng nghĩa với thỏa hiệp với sự tùy tiện. Một mô hình phù hợp với người Việt phải biết kết hợp giữa **quy trình chuẩn** và **sự mềm dẻo nhân văn**: có chuẩn dịch vụ rõ ràng, nhưng vẫn chừa khoảng cho ứng xử mang tính người; có đánh giá chất lượng bằng chỉ số, nhưng không bỏ qua những biến số khó đo như cảm giác được tôn trọng, được lắng nghe, được đối xử tử tế.

Về mặt thực thi, có thể hình dung một "bộ lọc văn hóa" gồm các câu hỏi bắt buộc trước khi nhập khẩu một mô hình quốc tế. Mô hình này có làm suy yếu vai trò tích cực của gia đình không? Có phù hợp với nhịp sinh hoạt của người cao tuổi Việt Nam không? Có tạo điều kiện để duy trì đời sống tinh thần, tín ngưỡng, giao tiếp cộng đồng không? Có đòi hỏi mức độ kỷ luật hành vi vượt quá khả năng chấp nhận của người sử dụng hay không? Có khiến người được chăm sóc cảm thấy mình bị "quản thúc" hơn là được nâng đỡ không? Chỉ khi vượt qua các câu hỏi này, một giải pháp quốc tế mới nên được thử nghiệm rộng hơn tại Việt Nam.

Nói cách khác, "Việt hóa" bằng bộ lọc văn hóa không phải là bảo thủ, mà là **thực tế sâu sắc**. Nó thừa nhận một sự thật căn bản: trong chăm sóc con người, hiệu quả không chỉ đến từ kỹ thuật đúng, mà từ mức độ mô hình ấy hòa hợp với thế giới sống của người được chăm sóc. Mô hình càng văn minh, càng phải biết cúi xuống gần đời sống thực.

5.2. Bài toán Kinh tế Y tế: Tối ưu hóa chi phí để đạt hiệu quả chăm sóc cao nhất trong điều kiện ngân sách nhà nước

Nếu văn hóa trả lời câu hỏi "mô hình có được chấp nhận hay không", thì kinh tế y tế trả lời câu hỏi "mô hình có thể tồn tại và mở rộng hay không". Trong điều kiện ngân sách nhà nước hữu hạn, nhất là khi nhu cầu chăm sóc Người có công ngày càng phức tạp do già hóa, đa bệnh lý và nhu cầu phục hồi dài hạn, bài toán không thể chỉ đặt theo hướng tăng chi. Vấn đề cốt lõi là phải **tối ưu hóa chi phí để tạo ra hiệu quả chăm sóc cao nhất**, tức chuyển từ tư duy "chi bao nhiêu" sang tư duy "chi như thế nào để mỗi đồng ngân sách tạo ra nhiều giá trị chăm sóc nhất".

Điều này đòi hỏi thay đổi một lối nghĩ quen thuộc: mô hình tốt không nhất thiết là mô hình đắt tiền nhất, xây dựng hoành tráng nhất, hay trang bị công nghệ nhiều nhất. Mô hình tốt là mô hình tạo ra **chất lượng sống cao hơn, giảm biến chứng, giảm tái nhập viện, duy trì chức năng tốt hơn, tăng hài lòng của người sử dụng và giảm gánh nặng cho gia đình** với mức chi hợp lý nhất. Nói cách khác, trong chăm sóc Người có công, thước đo cần dịch chuyển từ "đầu vào" sang "đầu ra" và "kết quả".

Một sai lầm phổ biến trong chính sách công là quá chú trọng đầu tư cơ sở vật chất hữu hình mà chưa đánh giá đầy đủ chi phí vận hành dài hạn. Một trung tâm lớn, đẹp, đủ giường bệnh, thiết bị mới, nếu thiếu đội ngũ phục hồi chức năng, thiếu điều dưỡng được đào tạo, thiếu cơ chế quản lý ca, thiếu phần mềm theo dõi, thiếu kết nối tuyến cơ sở, thì rất dễ trở thành một nơi tốn kém nhưng hiệu quả sử dụng thấp. Trong kinh tế y tế, đây là dạng đầu tư làm tăng **chi phí cố định** nhưng không cải thiện tương xứng **hiệu quả biên** của chăm sóc. Vì vậy, phương pháp luận "Việt hóa" phải đặc biệt nhấn mạnh nguyên tắc: **đầu tư vào năng lực hệ thống quan trọng không kém đầu tư vào hạ tầng cứng**.

Với Người có công, có thể chia chi phí chăm sóc thành bốn lớp chính. Thứ nhất là chi phí y tế trực tiếp: khám bệnh, thuốc men, xét nghiệm, vật tư, phục hồi chức năng, thiết bị hỗ trợ. Thứ hai là chi phí chăm sóc xã hội: ăn ở, hỗ trợ sinh hoạt, công tác xã hội, chăm sóc tinh thần. Thứ ba là chi phí gián tiếp: thời gian của thân nhân, giảm năng suất lao động của người chăm sóc, chi phí đi lại, cơ hội bị mất. Thứ tư là chi phí của việc chăm sóc kém hiệu quả: loét tỳ đè, té ngã, suy dinh dưỡng, trầm cảm, tái nhập viện, phụ thuộc nặng hơn. Một mô hình tưởng rẻ nếu chỉ nhìn ngân sách trực tiếp có thể thực ra rất đắt nếu nó đẩy chi phí gián tiếp và chi phí biến chứng sang gia đình và xã hội.

Bài toán kinh tế y tế vì thế không chỉ là tiết kiệm, mà là **phân bổ thông minh theo vòng đời chăm sóc**. Ví dụ, đầu tư thêm vào phục hồi chức năng sớm có thể giúp giảm nhu cầu chăm sóc phụ thuộc về sau. Huấn luyện gia đình tốt có thể giảm biến chứng tại nhà và giảm số lần nhập viện lại. Quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng có thể giảm gánh nặng cho tuyến trên. Telehealth có thể giảm chi phí đi lại cho đối tượng ở xa. Hồ sơ điện tử dùng chung có thể giảm trùng lặp cận lâm sàng và tăng hiệu quả phối hợp chuyên môn. Những chi phí này nhìn bề ngoài là "chi thêm", nhưng thực chất là **chi để tiết kiệm ở tầng sâu hơn**.

Từ đó, một nguyên tắc rất cần được xác lập là ưu tiên những can thiệp có **tỷ suất lợi ích xã hội cao**. Đối với chăm sóc Người có công, những hạng mục thường có hiệu quả cao gồm: phục hồi chức năng cơ bản và liên tục; phòng ngừa biến chứng do bất động; tư vấn tâm lý và hỗ trợ tinh thần; quản lý thuốc an toàn; chăm sóc tại nhà có giám sát; đào tạo người chăm sóc; thiết bị trợ giúp chi phí vừa phải nhưng hữu ích cao như gậy, khung tập đi, đệm chống loét, tay vịn, xe lăn phù hợp; và hệ thống chuyển tuyến – theo dõi sau điều trị. Ngược lại, những hạng mục tốn kém nhưng lợi ích thấp, hoặc chỉ mang tính phô trương hình thức, cần được cân nhắc rất thận trọng.

Phương pháp luận "Việt hóa" cũng đòi hỏi chuyển từ mô hình **cấp phát đồng đều** sang mô hình **phân tầng nhu cầu**. Không phải mọi Người có công đều cần cùng một gói dịch vụ. Có người chỉ cần khám định kỳ và hỗ trợ thuốc; có người cần phục hồi chức năng chuyên sâu; có người cần chăm sóc bán trú; có người cần can thiệp tâm lý; có người cần hỗ trợ cuối đời mang tính giảm nhẹ. Khi phân tầng đúng, ngân sách sẽ không bị dàn mỏng một cách hình thức. Người có nhu cầu nặng được đầu tư đúng mức; người có nhu cầu nhẹ được hỗ trợ phù hợp; hệ thống tránh được tình trạng nơi cần nhiều thì thiếu, nơi ít cần lại dùng không hết.

Một mô hình kinh tế y tế phù hợp cho Việt Nam có thể được hình dung theo dạng **kim tự tháp chi phí – hiệu quả**. Ở đáy kim tự tháp là chăm sóc ban đầu và cộng đồng, nơi chi phí thấp nhưng tác động rộng: theo dõi sức khỏe định kỳ, tư vấn dinh dưỡng, vật lý trị liệu đơn giản, quản lý bệnh mạn, thăm hộ gia đình, giáo dục người chăm sóc. Ở tầng giữa là các dịch vụ phục hồi chức năng và điều dưỡng ngắn hạn theo đợt, dành cho người cần can

thiệp chuyên sâu hơn nhưng chưa cần nội trú dài ngày. Ở đỉnh là chăm sóc nội trú chuyên biệt, công nghệ cao hoặc đa chuyên khoa cho những trường hợp nặng, phức tạp. Cách tổ chức này giúp hệ thống dành nguồn lực cao nhất cho nhóm thực sự cần, đồng thời giữ nền chăm sóc rộng và bền ở tuyến dưới.

Một điểm rất thực tế là phải tính đến **kinh tế của sự gần nhà**. Với nhiều Người có công lớn tuổi, nhất là ở nông thôn, chi phí đi lại, ăn ở cho thân nhân, thời gian bỏ việc để đưa đi điều trị, thậm chí tâm lý ngại xa nhà, đều là những rào cản lớn. Một mô hình chăm sóc đặt toàn bộ dịch vụ chất lượng vào tuyến tỉnh hoặc trung ương có thể "đúng kỹ thuật" nhưng "sai kinh tế xã hội". Vì vậy, "Việt hóa" ở đây có nghĩa là đưa những gì có thể chuẩn hóa được xuống gần dân nhất: gói phục hồi cơ bản, theo dõi từ xa, tư vấn điều dưỡng, khám luân phiên, hỗ trợ thiết bị trợ giúp, hướng dẫn chăm sóc tại nhà. Mỗi dịch vụ được đưa xuống gần người dân là mỗi lần hệ thống tiết kiệm được nhiều chi phí ẩn.

Một vấn đề khác là đo lường hiệu quả. Nếu chỉ đánh giá cơ sở chăm sóc bằng số giường, số lượt tiếp nhận hay tỷ lệ giải ngân, thì rất khó biết đồng tiền ngân sách đã tạo ra giá trị thực đến đâu. Cần xây dựng bộ chỉ số hiệu quả chăm sóc Người có công theo hướng đa chiều: thay đổi khả năng vận động, mức độ độc lập sinh hoạt hằng ngày, mức đau, tỷ lệ biến chứng, số lần nhập viện lại, mức hài lòng của người sử dụng và gia đình, tỷ lệ trở về nhà thành công sau đợt điều dưỡng, mức tham gia hoạt động xã hội, và cả các chỉ số tâm lý như giảm cô đơn, giảm lo âu, cải thiện giấc ngủ. Khi đo được kết quả, nhà nước mới có thể phân bổ ngân sách theo hiệu quả, thay vì theo quán tính hành chính.

Trong điều kiện ngân sách nhà nước, phương pháp luận "Việt hóa" cũng cần mở ra cơ chế **phối hợp nguồn lực**, nhưng không thương mại hóa trách nhiệm tri ân. Nhà nước vẫn phải đóng vai trò chủ đạo, đặc biệt ở nhóm Người có công nặng, neo đơn, khó khăn. Tuy nhiên, có thể huy động hợp lý các nguồn lực hỗ trợ từ bảo hiểm y tế, quỹ xã hội, tổ chức đoàn thể, doanh nghiệp trách nhiệm xã hội, mạng lưới thiện nguyện có kiểm định, và nhất là sự tham gia của cộng đồng địa phương. Mấu chốt là phải giữ vững nguyên tắc: xã hội hóa để **tăng năng lực chăm sóc**, chứ không phải để đẩy gánh nặng từ nhà nước sang gia đình hoặc từ nghĩa vụ công sang lòng hảo tâm không ổn định.

Xét cho cùng, kinh tế y tế trong chăm sóc Người có công là bài toán của **trí tuệ phân bổ**. Một nhà nước nhân văn không phải là nhà nước chi tiêu vô điều kiện, mà là nhà nước biết dùng nguồn lực hữu hạn để tạo ra phẩm giá sống lớn nhất cho những người đã hy sinh cho đất nước. Chi tiêu đúng lúc, đúng tầng, đúng người và đúng loại dịch vụ chính là một hình thức tri ân có trách nhiệm.

5.3. Nguyên tắc "Tiếp biến": Giữ gìn bản sắc, tiếp thu tinh hoa, không rập khuôn máy móc

Nếu bộ lọc văn hóa là cánh cửa đầu tiên, và kinh tế y tế là phép thử về tính bền vững, thì nguyên tắc "tiếp biến" là linh hồn của toàn bộ phương pháp luận "Việt hóa". "Tiếp biến" khác với sao chép; cũng khác với khước từ. Đó là năng lực **tiếp nhận cái mới mà không đánh mất mình, cải biến cái học được thành cái dùng được, và biến tri thức ngoại lai thành sức mạnh nội sinh**.

Trong lịch sử phát triển của nhiều quốc gia châu Á, tiếp biến luôn là con đường sáng tạo nhất. Một xã hội tự cô lập thì chậm phát triển; nhưng một xã hội mô phỏng máy móc thì mất gốc và thường thất bại vì lệch bối cảnh. Việt Nam, bằng chính kinh nghiệm lịch sử lâu dài của mình, có lẽ hiểu sâu điều này hơn nhiều quốc gia khác. Chúng ta từng tiếp thu chữ viết, kỹ thuật, mô hình thể chế, khoa học phương Tây, y học hiện đại, công nghệ số, nhưng những gì sống được đều là những gì đi qua quá trình **nội địa hóa** rất mạnh. Công tác chăm sóc Người có công hôm nay cũng cần một thái độ như vậy.

Nguyên tắc đầu tiên của tiếp biến là **không nhập khẩu nguyên chiếc một mô hình, mà bóc tách nó thành các thành tố cấu thành**. Ví dụ, khi học từ VA của Hoa Kỳ, điều Việt Nam cần không phải là cố dựng một hệ thống y tế khổng lồ tách biệt hoàn toàn cho cựu chiến binh. Điều cần học là logic dữ liệu liên thông, quản lý hành trình chăm sóc, chăm sóc từ xa và phối hợp đa chuyên ngành. Khi học từ Nhật Bản, điều cần không phải là sao chép nguyên bản hệ thống bảo hiểm chăm sóc dài hạn với mức đóng – mức hưởng phức tạp, mà là học triết lý tôn trọng nhân phẩm, thiết kế chăm sóc dựa trên chức năng và tổ chức dịch vụ tại cộng đồng. Khi nhìn sang sanatorium của Nga và Đông Âu, điều cần không phải là xây thật nhiều khu nghỉ dưỡng gắn mác trị liệu, mà là học cách tổ chức giai đoạn chuyển tiếp giữa điều trị và phục hồi trong một môi trường có lợi cho sức khỏe. Khi quan sát Cuba, điều cần không phải là sao chép toàn bộ hệ thống nhà nước tập trung, mà là học tinh thần bác sĩ gia đình, sự bám dân và sức mạnh của tuyến cơ sở.

Nói cách khác, tiếp biến là **học nguyên lý chứ không học nguyên hình**. Học nguyên hình rất dễ vì chỉ cần nhìn thấy cái bên ngoài; học nguyên lý khó hơn vì phải hiểu cái lõi làm nên hiệu quả. Nhưng chỉ học nguyên lý mới mở ra khả năng sáng tạo phù hợp. Một mô hình Việt Nam thành công có thể rất khác hình thức so với mô hình quốc tế gốc, nhưng vẫn giữ được tinh thần ưu việt nhất của nó.

Nguyên tắc thứ hai là **thử nghiệm nhỏ trước, mở rộng sau**. Một sai lầm thường gặp trong cải cách là thấy mô hình hay thì muốn triển khai đồng loạt. Nhưng trong chăm sóc con người, đặc biệt là với nhóm dễ tổn thương, cải cách vội vàng có thể tạo ra tổn thất lớn. Phương pháp tiếp biến đúng phải đi theo chu trình: lựa chọn một số địa phương hoặc cơ sở đại diện, thiết kế gói can thiệp cụ thể, theo dõi kết quả bằng chỉ số rõ ràng, thu thập phản hồi của người sử dụng, điều chỉnh quy trình, rồi mới nhân rộng từng bước. Làm như vậy vừa giảm rủi ro, vừa cho phép mô hình được "thử lửa" trong bối cảnh thực tế của Việt Nam.

Nguyên tắc thứ ba là **đồng thiết kế với người trong cuộc**. Nhiều chính sách chăm sóc thất bại vì được viết rất hay trên bàn giấy nhưng không có tiếng nói của người được chăm sóc, người chăm sóc trực tiếp và gia đình. "Tiếp biến" theo nghĩa hiện đại đòi hỏi đưa cựu chiến binh, Người có công, thân nhân, điều dưỡng, bác sĩ phục hồi chức năng, cán bộ xã hội, chính quyền cơ sở và tổ chức hội đoàn vào quá trình thiết kế. Họ không chỉ là người thực hiện hay thụ hưởng, mà là những người nắm giữ tri thức đời sống mà chuyên gia bên ngoài khó có được. Một mô hình càng nhân văn càng phải biết lắng nghe từ dưới lên.

Nguyên tắc thứ tư là **giữ bản sắc không chỉ ở biểu tượng, mà ở cấu trúc giá trị**. Nhiều nơi rất dễ hài lòng với việc treo khẩu hiệu tri ân, tổ chức lễ kỷ niệm long trọng, hoặc trang trí không gian đậm màu sắc truyền thống; nhưng nếu cách chăm sóc hằng ngày vẫn lạnh lẽo, áp đặt, thiếu tôn trọng, thì bản sắc ấy chỉ là hình thức. Bản sắc Việt Nam trong chăm sóc Người có công phải thể hiện ở cách ứng xử: kính trọng người có công nhưng không thương hại; gần gũi mà không xuề xòa; quan tâm đời sống tinh thần chứ không chỉ cấp phát vật chất; coi tri ân là mối quan hệ sống chứ không phải nghi thức hành chính. Bản sắc thực sự nằm trong **văn hóa phục vụ**.

Nguyên tắc thứ năm là **không đồng nhất tiếp biến với giản lược**. Có một nguy cơ lớn là khi nói "Việt hóa", người ta vô thức hiểu thành "làm đơn giản đi cho phù hợp". Điều này rất nguy hiểm, bởi nó có thể biến tiếp biến thành hạ chuẩn. Trái lại, tiếp biến đúng nghĩa phải là quá trình **nâng chuẩn theo cách khả thi**. Ta không sao chép máy móc công nghệ đắt tiền, nhưng vẫn phải tiến tới quản lý hồ sơ tốt hơn. Ta không xây hệ thống bảo hiểm y hệt Nhật, nhưng vẫn phải nâng cao chất lượng chăm sóc dài hạn. Ta không có hạ tầng sanatorium khổng lồ, nhưng vẫn có thể tổ chức phục hồi chức năng và điều dưỡng bài bản hơn. Ta không có mật độ bác sĩ như Cuba, nhưng vẫn có thể làm cho y tế cơ sở gần dân hơn, chủ động hơn. Tiếp biến là con đường của sáng tạo nâng cấp, chứ không phải của tự an ủi bằng chuẩn thấp.

Nguyên tắc thứ sáu là **xây mô hình lai ghép có chọn lọc**. Trong thực tế, Việt Nam không nhất thiết phải chọn một mô hình duy nhất. Một mô hình phù hợp cho chăm sóc Người có công rất có thể phải là sự kết hợp: dữ liệu và quản lý ca học từ Hoa Kỳ; triết lý nhân phẩm và chăm sóc chức năng học từ Nhật; phục hồi theo đợt kết hợp môi trường trị liệu học từ Nga – Đông Âu; mạng lưới cơ sở và chăm sóc gần dân học từ Cuba. Vấn đề không phải "chọn ai", mà là **phối ghép thông minh** để tạo ra một mô hình Việt Nam có cấu trúc vững và linh hồn riêng.

Từ đây có thể đề xuất một quy trình tiếp biến gồm sáu bước. Bước một, nhận diện vấn đề cốt lõi của Việt Nam thay vì xuất phát từ sự hấp dẫn của mô hình bên ngoài. Bước hai, bóc tách mô hình quốc tế thành các thành tố nguyên lý, công cụ, quy trình, nhân lực và điều kiện nền. Bước ba, dùng bộ lọc văn hóa và kinh tế y tế để sàng lọc thành tố nào phù hợp, thành tố nào cần sửa đổi, thành tố nào nên loại bỏ. Bước bốn, thiết kế phiên bản thử

nghiệm trong bối cảnh Việt Nam. Bước năm, đánh giá kết quả trên cả chỉ số định lượng lẫn trải nghiệm sống. Bước sáu, thể chế hóa những gì đã chứng minh hiệu quả thành quy trình, chuẩn dịch vụ và chính sách mở rộng. Đây chính là phương pháp biến tri thức quốc tế thành tài sản quốc gia.

Ở tầm sâu hơn, nguyên tắc tiếp biến còn là một lựa chọn về tư thế phát triển. Một đất nước tự tin không sợ học cái hay của người khác; nhưng một đất nước có bản lĩnh cũng không đánh mất khả năng phán đoán của mình trước cái được xem là "tiên tiến". Trong công tác chăm sóc Người có công, tư thế ấy đặc biệt quan trọng. Bởi đối tượng của chúng ta không phải là những con số quản trị vô danh, mà là những con người đã đóng góp một phần cuộc đời cho độc lập, tự do và hòa bình của Tổ quốc. Họ xứng đáng được hưởng những thành tựu tốt nhất của khoa học chăm sóc hiện đại, nhưng cũng xứng đáng được chăm sóc trong một không gian mang hơi ấm văn hóa Việt Nam, đạo lý Việt Nam và tinh thần biết ơn của xã hội Việt Nam.

Kết luận chương

Phương pháp luận "Việt hóa" các mô hình quốc tế trong chăm sóc Người có công không phải là khẩu hiệu, mà là một **khuôn khổ hành động**. Nó đòi hỏi mọi sáng kiến cải cách phải được soi qua ba lăng kính: có hợp văn hóa Việt Nam không, có bền vững về kinh tế y tế không, và có đi theo nguyên tắc tiếp biến chứ không rập khuôn không. Ba lăng kính này giúp tránh hai cực đoan thường gặp: một bên là bảo thủ khép kín, cho rằng kinh nghiệm quốc tế không phù hợp với ta; bên kia là sùng ngoại hình thức, cho rằng cứ mô hình tiên tiến là có thể bê nguyên về áp dụng.

Trong thực tiễn, "Việt hóa" chính là năng lực biến bài học quốc tế thành mô hình chăm sóc mang bản sắc Việt Nam: hiện đại mà không lạnh lẽo, tiết kiệm mà không hà tiện, chuyên nghiệp mà không xa cách, hội nhập mà không hòa tan. Đó là con đường khó hơn con đường sao chép, nhưng cũng là con đường duy nhất để xây dựng một hệ thống chăm sóc Người có công vừa có tầm vóc, vừa có hồn cốt.

Nhìn từ chương này, có thể nói bài học lớn nhất của hội nhập không phải là tìm ra ai để noi theo, mà là tìm ra **cách học đúng để phục vụ chính mình**. Và trong lĩnh vực tri ân – phụng sự, học đúng không chỉ là một lựa chọn kỹ thuật; đó còn là một bổn phận đạo lý đối với những người đã hy sinh cho đất nước.

Bảng 2.1. So sánh khái quát các mô hình chăm sóc cựu chiến binh và chăm sóc dài hạn tiêu biểu trên thế giới

Quốc gia / mô hình	Đặc trưng nổi bật	Thế mạnh chính	Giới hạn cần lưu ý	Bài học gợi mở cho Việt Nam
Hoa Kỳ – VA (Veterans Affairs)	Hệ thống chăm sóc cựu chiến binh quy mô lớn, tích hợp dữ liệu y tế, công nghệ số và mạng lưới chuyên khoa	Quản lý hồ sơ sức khỏe tập trung, điều phối liên thông, telehealth phát triển, chuyên môn sâu	Chi phí lớn, phụ thuộc nhiều vào năng lực quản trị hệ thống và hạ tầng số	Cần phát triển hồ sơ sức khỏe liên thông, quản lý ca bệnh và kết nối chuyên môn đa tuyến
Nhật Bản – Kaigo	Chăm sóc dài hạn dựa trên bảo hiểm, nhấn mạnh nhân phẩm, tính độc lập chức năng và chăm sóc cộng đồng	Tôn trọng người cao tuổi, dịch vụ đa tầng, hỗ trợ sinh hoạt và phục hồi gắn với đời sống hằng ngày	Áp lực tài chính lớn trong bối cảnh già hóa nhanh, đòi hỏi nhân lực chất lượng cao	Cần xây mô hình chăm sóc dài hạn coi trọng nhân phẩm, giảm phụ thuộc và tăng vai trò cộng đồng
Liên bang Nga và Đông Âu – Sanatorium	Kết hợp điều trị, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu và dưỡng sinh trong môi trường đặc thù	Phù hợp với người bệnh mạn tính, người cần hồi phục sau điều trị, phát huy giá trị môi trường trị liệu	Dễ bị hình thức hóa nếu thiếu chuẩn chuyên môn và kiểm soát chất lượng	Có thể học cách tổ chức điều dưỡng – phục hồi chức năng theo đợt trong môi trường chữa lành
Cuba – Y tế cộng đồng	Dựa vào mạng lưới bác sĩ gia đình, chăm sóc sức khỏe ban đầu và bám sát địa bàn dân cư	Tiếp cận gần dân, phát hiện sớm, quản lý sức khỏe liên tục với chi phí hợp lý	Chịu ràng buộc nguồn lực vật chất và áp lực nhân lực	Cần củng cố y tế cơ sở, bác sĩ gia đình, theo dõi tại cộng đồng và gắn chăm sóc với hộ gia đình
Việt Nam – mô hình định hướng tương lai	Kết hợp tri ân truyền thống với y học, phục hồi chức năng, công tác xã hội và chuyển đổi số	Có nền tảng đạo lý mạnh, mạng lưới chính sách sẵn có, khả năng tiếp biến linh hoạt	Chất lượng cơ sở chưa đồng đều, dữ liệu còn phân tán, nhân lực đặc thù còn thiếu	Xây dựng mô hình "Thân – Tâm – Tuệ" mang bản sắc Việt Nam, hiện đại nhưng không rập khuôn

TIỂU KẾT PHẦN II

Phần II đã mở rộng trường quan sát từ thực tiễn trong nước ra không gian quốc tế, nhằm nhận diện những kinh nghiệm tiêu biểu trong tổ chức chăm sóc cựu chiến binh, người cao tuổi và các nhóm dân cư cần hỗ trợ dài hạn sau chiến tranh, đồng thời rút ra những nguyên lý có giá trị tham chiếu đối với Việt Nam. Qua khảo sát các mô hình của Hoa Kỳ, Nhật Bản, Liên bang Nga và Đông Âu, cùng Cuba, có thể thấy rằng dù khác biệt về thể chế, lịch sử, nguồn lực và văn hóa, các quốc gia thành công đều gặp nhau ở một điểm chung: công tác chăm sóc chỉ đạt tới chất lượng bền vững khi được tổ chức như một **hệ thống tích hợp**, nơi y tế, phục hồi chức năng, chăm sóc dài hạn, dữ liệu, công nghệ và cộng đồng phối hợp với nhau trong một logic quản trị thống nhất.

Từ mô hình VA của Hoa Kỳ, bài học nổi bật là sức mạnh của dữ liệu y tế tập trung, quản lý liên thông và công nghệ hỗ trợ trong việc giảm phân mảnh dịch vụ và nâng cao hiệu quả điều phối chăm sóc. Từ Nhật Bản, triết lý Kaigo cho thấy chăm sóc dài hạn chỉ thực sự văn minh khi lấy **nhân phẩm, tính độc lập chức năng và quyền được sống có ý nghĩa** của người cao tuổi làm trung tâm. Từ truyền thống sanatorium của Nga và Đông Âu, có thể nhận ra giá trị của việc kết hợp điều trị, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu và môi trường dưỡng sinh trong giai đoạn hậu điều trị. Từ Cuba, bài học thuyết phục nhất nằm ở năng lực bám cộng đồng của chăm sóc sức khỏe ban đầu, ở vai trò của bác sĩ gia đình và ở nguyên tắc đưa dịch vụ đến gần người dân nhất có thể.

Tuy nhiên, giá trị lớn nhất của Phần II không nằm ở việc liệt kê hay ca ngợi các mô hình quốc tế, mà ở chỗ khẳng định một nguyên tắc phương pháp luận: **không có mô hình nào có thể được nhập khẩu nguyên vẹn vào Việt Nam**. Mọi kinh nghiệm quốc tế chỉ thực sự hữu ích khi được soi chiếu qua điều kiện văn hóa, cơ cấu gia đình, năng lực tổ chức, đặc điểm dân số và giới hạn ngân sách của đất nước. Chính vì vậy, từ khảo sát quốc tế, Phần II đã chuyển sang một bước tư duy sâu hơn: xây dựng phương pháp luận "Việt hóa" các mô hình tiên tiến thông qua ba lớp lọc căn bản, gồm bộ lọc văn hóa, bài toán kinh tế y tế và nguyên tắc tiếp biến.

Qua đó, có thể đi đến một nhận định quan trọng: hội nhập trong lĩnh vực chăm sóc Người có công không có nghĩa là chạy theo các mô hình được coi là hiện đại nhất về hình thức, mà là biết chắt lọc những nguyên lý tiến bộ nhất để phục vụ tốt hơn cho thực tiễn Việt Nam. Một hệ thống chăm sóc phù hợp với nước ta trong tương lai không nên là bản sao của bất kỳ quốc gia nào, mà cần là một mô hình lai ghép có chọn lọc: có năng lực quản trị dữ liệu và điều phối hiện đại, có đạo đức chăm sóc dựa trên nhân phẩm, có tư duy phục hồi chức năng bài bản, và có mạng lưới cộng đồng gần dân, gần gia đình, gần đời sống thực.

Như vậy, Phần II đã làm rõ rằng bài học lớn nhất từ thế giới không phải là "nên đi theo ai", mà là "nên học như thế nào". Chỉ khi biết tiếp thu tinh hoa quốc tế bằng một bản lĩnh

văn hóa vững vàng, bằng tư duy kinh tế y tế tỉnh táo và bằng năng lực tiếp biến sáng tạo, Việt Nam mới có thể xây dựng được một mô hình chăm sóc Người có công vừa mang tầm hiện đại, vừa thấm đẫm đạo lý "Uống nước nhớ nguồn", vừa đáp ứng yêu cầu phát triển lâu dài trong bối cảnh già hóa dân số và hội nhập toàn cầu.

Ở ý nghĩa đó, Phần II không chỉ là phần tham chiếu quốc tế của cuốn sách, mà còn là cầu nối quan trọng giữa **tư duy tri ân truyền thống** và **thiết kế hệ thống chăm sóc hiện đại**. Đây chính là nền tảng để bước sang những phần tiếp theo với một tầm nhìn rõ hơn: tri ân không chỉ là ký ức đạo lý của dân tộc, mà phải trở thành một năng lực tổ chức xã hội có chất lượng, có chiều sâu nhân văn và có sức sống bền vững trong thời đại mới.

PHẦN III. KIẾN TẠO MÔ HÌNH CHĂM SÓC TOÀN DIỆN "THÂN – TÂM – TUỆ"

(Trọng tâm chiến lược – Đề án giải pháp)

Nếu những phần trước của cuốn sách chủ yếu đặt nền tảng về nhận thức, lịch sử, đạo lý và tham chiếu quốc tế, thì Phần III là nơi mọi suy tư phải đi đến một câu hỏi mang tính hành động: **chúng ta sẽ xây dựng mô hình chăm sóc Người có công như thế nào trong thực tiễn Việt Nam hôm nay và ngày mai?** Đây không còn là câu chuyện của sự ngợi ca, cũng không chỉ là vấn đề của lòng biết ơn ở bình diện tinh thần. Từ điểm này trở đi, tri ân phải được chuyển hóa thành thiết kế hệ thống; tình cảm xã hội phải được cụ thể hóa thành giải pháp; và đạo lý dân tộc phải được nâng lên thành năng lực tổ chức chăm sóc có chiều sâu, có chuẩn mực và có khả năng vận hành lâu dài.

Thực tiễn đang đặt ra một yêu cầu mới. Người có công của Việt Nam hôm nay không còn là nhóm đối tượng có thể được đáp ứng chỉ bằng những chính sách trợ cấp hay những đợt điều dưỡng định kỳ theo mô hình truyền thống. Phần lớn họ đang bước vào hoặc đã ở giai đoạn tuổi cao, mang theo nhiều bệnh mạn tính, suy giảm chức năng vận động, những tổn thương âm thầm về tâm lý, nhu cầu được đồng hành tinh thần, và cả nhu cầu được tiếp tục sống như những con người có ích, có tiếng nói, có ký ức và có phẩm giá. Điều đó có nghĩa là mô hình chăm sóc trong tương lai không thể chỉ lo phần "thân" theo nghĩa chữa bệnh hay nuôi dưỡng; nó phải chạm được vào "tâm", và sâu hơn nữa, phải khơi dậy được "tuệ" — tức năng lực sống, năng lực kết nối, năng lực ý nghĩa và phẩm chất tinh thần của chính người được chăm sóc.

Bởi vậy, khái niệm **"Thân – Tâm – Tuệ"** ở đây không phải là một cách nói mang tính biểu tượng, mà là một khung chiến lược cho thiết kế hệ thống. "Thân" là nền tảng sức khỏe thể chất, phục hồi chức năng, dinh dưỡng, vận động, điều trị và hỗ trợ sinh hoạt.

“Tâm” là trạng thái tinh thần, cảm giác được yêu thương, được lắng nghe, được tôn trọng, được chữa lành khỏi cô đơn, mất mát và mặc cảm phụ thuộc. “Tuệ” là chiều kích cao hơn của đời sống con người: khả năng nhận thức, tham gia, học hỏi, truyền kinh nghiệm, giữ gìn ký ức, nuôi dưỡng niềm tin và cảm thấy cuộc đời mình vẫn còn giá trị đối với gia đình, cộng đồng và đất nước. Một mô hình chăm sóc chỉ chạm đến một chiều sẽ luôn thiếu; chỉ khi ba chiều này được kết nối trong một chỉnh thể, chăm sóc mới thực sự toàn diện.

Phần III vì thế mang tính bản lề của toàn bộ cuốn sách. Nếu Phần I xác lập cơ sở đạo lý và nhân văn, Phần II cung cấp tầm nhìn quốc tế và phương pháp tiếp biến, thì Phần III là nơi những nền tảng ấy được kết tinh thành **đề án giải pháp**. Ở đây, mục tiêu không phải là mô tả thêm hiện trạng, mà là kiến tạo một mô hình khả thi cho Việt Nam: mô hình nào phù hợp với Người có công trong bối cảnh già hóa dân số; mô hình nào dung hòa được giữa trung tâm điều dưỡng chuyên nghiệp với gia đình và cộng đồng; mô hình nào vừa nhân bản, vừa tiết kiệm, vừa có thể nhân rộng; mô hình nào giúp công tác tri ân thoát khỏi lối chăm sóc phân mảnh để tiến tới một hệ thống liên thông, chủ động và có thể đo lường hiệu quả.

Điểm mới của phần này nằm ở chỗ: thay vì xem chăm sóc là một chuỗi hoạt động rời rạc — khám bệnh, cấp thuốc, điều dưỡng, thăm hỏi, trợ cấp — chúng ta tiếp cận nó như một **hệ sinh thái sống**. Trong hệ sinh thái ấy, cơ sở điều dưỡng không còn là nơi “tiếp nhận đối tượng” theo nghĩa hành chính, mà là trung tâm điều phối chăm sóc; đội ngũ nhân viên không chỉ làm nhiệm vụ phục vụ, mà trở thành những người đồng hành chuyên nghiệp; gia đình không bị đẩy ra ngoài, mà được coi là một mắt xích của hệ thống; cộng đồng không đứng bên lề, mà được kết nối như một nguồn lực nâng đỡ; còn chính Người có công không bị nhìn như người thụ hưởng thụ động, mà là chủ thể trung tâm của toàn bộ mô hình.

Một mô hình như vậy đòi hỏi thay đổi không chỉ ở cơ sở vật chất, mà ở tư duy thiết kế. Chúng ta không thể tiếp tục đo chất lượng chăm sóc chỉ bằng số giường, suất ăn hay số đợt điều dưỡng. Thước đo mới phải bao gồm mức độ phục hồi chức năng, chất lượng sống, sức khỏe tinh thần, khả năng tự chủ, sự hài lòng của gia đình, mức độ hòa nhập cộng đồng và cảm giác được tôn trọng của người được chăm sóc. Nói cách khác, Phần III đặt ra một bước chuyển quan trọng: từ tư duy **phúc lợi – cấp phát** sang tư duy **chăm sóc – phát triển con người**; từ logic “đáp ứng nhu cầu tối thiểu” sang logic “kiến tạo đời sống có chất lượng”.

Đồng thời, phần này cũng được viết với tinh thần rất thực tế. Một mô hình chiến lược chỉ có giá trị khi nó có thể đi vào đời sống, đứng vững trong điều kiện ngân sách nhà nước, phù hợp với năng lực tổ chức của các địa phương, và có thể triển khai từng bước mà không tạo ra cú sốc thể chế. Vì thế, các đề xuất trong Phần III sẽ không dừng ở lý tưởng chuẩn mực, mà sẽ hướng đến những cấu phần có thể thực thi: từ triết lý mô hình, cấu trúc

dịch vụ, phân tầng chăm sóc, tổ chức nhân lực, vai trò của công nghệ, cơ chế phối hợp gia đình – cộng đồng – cơ sở chuyên môn, cho đến hệ thống tiêu chí đánh giá hiệu quả và lộ trình áp dụng.

Có thể nói, nếu toàn bộ cuốn sách là một hành trình đi từ ký ức tri ân đến tư duy hiện đại, thì Phần III chính là nơi hành trình ấy bước vào vùng quyết định nhất: **biến lòng biết ơn thành một mô hình chăm sóc có hình hài rõ ràng**. Ở đây, tri ân không còn là điều được nói ra trong những dịp trang trọng, mà trở thành cách một quốc gia tổ chức cuộc sống tốt đẹp hơn cho những người đã cống hiến cho mình.

Xin bước vào Phần III với một câu hỏi lớn nhưng rất gần gũi: làm thế nào để mỗi Người có công, dù ở tuổi nào, tình trạng sức khỏe nào, hoàn cảnh gia đình nào, cũng có thể cảm nhận rằng mình không chỉ được nhớ ơn, mà còn được chăm sóc bằng tất cả sự hiểu biết, chuyên nghiệp và nhân văn của thời đại? Chính từ câu hỏi đó, mô hình "Thân – Tâm – Tuệ" được đề xuất như một hướng đi chiến lược: vừa mang tinh thần Việt Nam, vừa tiếp thu thành tựu quốc tế, vừa hướng tới mục tiêu cao nhất của mọi hệ thống chăm sóc tiến bộ **giúp con người sống lâu hơn, khỏe hơn, an nhiên hơn và có ý nghĩa hơn**.

CHƯƠNG 6. TRỤ CỘT "THÂN" – Y HỌC LÀ NÒNG CỐT

Nếu mô hình chăm sóc toàn diện "Thân – Tâm – Tuệ" được hình dung như một ngôi nhà ba tầng giá trị, thì **"Thân"** chính là nền móng vật chất đầu tiên bảo đảm cho toàn bộ công trình ấy đứng vững. Không có sức khỏe thể chất được theo dõi bài bản, không có điều trị đúng hướng, không có phục hồi chức năng có mục tiêu, không có chăm sóc giảm nhẹ nhân văn, thì mọi nỗ lực chăm sóc về tâm lý hay đời sống tinh thần đều dễ trở nên mong manh. Bởi con người, dù được nâng đỡ bởi ký ức, niềm tin hay tình cảm, vẫn đang sống trước hết trong một cơ thể hữu hạn, có thể đau đớn, suy yếu, tổn thương và kiệt sức.

Đối với thương binh, bệnh binh, cựu chiến binh và Người có công, trụ cột "Thân" càng có ý nghĩa đặc biệt. Cơ thể của họ không chỉ là một thực thể sinh học thông thường, mà nhiều khi là một "ký ức sống" của chiến tranh, của hy sinh, của lao lực kéo dài và của những di chứng theo năm tháng. Có những người mang thương tích nhìn thấy được; có những người sống cùng tổn thương vô hình trong xương khớp, thần kinh, hô hấp, tim mạch, tiêu hóa, giấc ngủ hay đau mạn tính. Có người đã quen sống nhiều chục năm trong thiếu hụt chức năng, tới mức chính họ cũng không còn diễn đạt hết được nỗi đau của cơ thể mình. Bởi vậy, chăm sóc thân thể cho Người có công không thể chỉ dừng ở chữa bệnh theo đợt; nó phải là một chiến lược y học dài hạn, có hồ sơ hóa, có dự báo, có phục hồi và có đồng hành đến cuối hành trình sống.

Trụ cột "Thân" trong chương này được triển khai theo ba hướng: thứ nhất, **cá thể hóa hồ sơ sức khỏe**, coi mỗi thương bệnh binh là một trường hợp riêng biệt cần được quản lý bằng bệnh án điện tử trọn đời; thứ hai, **phục hồi chức năng chuyên sâu**, nơi y học

hiện đại không đối lập với y học cổ truyền bản địa mà cùng hội tụ để tái thiết năng lực sống; và thứ ba, **chăm sóc giảm nhẹ**, như một lựa chọn nhân văn dành cho giai đoạn cuối đời, để người lính không chỉ được chữa trị, mà còn được ra đi trong thanh thản và tôn nghiêm.

Nhìn rộng ra, đây không chỉ là một chương về kỹ thuật y học. Đây là chương bàn về cách một quốc gia đối xử với cơ thể của những người đã cống hiến cho mình. Một chính sách tri ân trưởng thành không thể chỉ nhắc đến công lao trong lời nói, mà phải biết bảo vệ, phục hồi và dịu đi những đau đớn mà thời gian còn để lại trên thân thể họ. Vì thế, khi nói "Y học là nòng cốt", điều được nhấn mạnh không chỉ là vai trò của bác sĩ hay bệnh viện, mà là vai trò của **một hệ thống chăm sóc thân thể có tổ chức, có trí tuệ, có công nghệ và có lòng nhân**.

6.1. Cá thể hóa hồ sơ sức khỏe: Xây dựng bệnh án điện tử trọn đời cho từng thương bệnh binh

Một trong những hạn chế phổ biến của công tác chăm sóc hiện nay là người bệnh thường được tiếp cận theo từng đợt, từng lần khám, từng cơ sở, từng chuyên khoa, trong khi cuộc đời bệnh lý của họ lại là một dòng chảy liên tục. Với thương bệnh binh, sự đứt đoạn ấy còn nghiêm trọng hơn. Họ có thể trải qua nhiều năm điều trị ở nhiều tuyến khác nhau, sống cùng những chẩn đoán chồng lấp, đơn thuốc thay đổi, giai đoạn phục hồi dang dở, và những thông tin rất quan trọng nằm rải rác trong hồ sơ giấy, sổ khám cũ, trí nhớ gia đình hoặc kinh nghiệm truyền miệng. Khi đó, mỗi lần khám mới gần như bắt đầu lại từ đầu; bác sĩ biết rất ít về cả một lịch sử đau đớn đã kéo dài hàng chục năm.

Vì vậy, bước đầu tiên để tái cấu trúc trụ cột "Thân" phải là **cá thể hóa hồ sơ sức khỏe**, tiến tới xây dựng **bệnh án điện tử trọn đời** cho từng thương bệnh binh và Người có công có nhu cầu chăm sóc thường xuyên. Ở đây, từ "trọn đời" có ý nghĩa rất quan trọng. Nó khẳng định rằng việc chăm sóc không còn bị nhìn như những mảnh vụn kỹ thuật rời rạc, mà như một hành trình được theo dõi liên tục từ quá khứ đến hiện tại và hướng tới tương lai. Hồ sơ ấy không chỉ lưu kết quả xét nghiệm, đơn thuốc hay chẩn đoán, mà còn lưu dấu đặc điểm tổn thương gốc, quá trình biến đổi chức năng, dị ứng thuốc, tình trạng tâm lý liên quan đến bệnh, nhu cầu hỗ trợ sinh hoạt, thiết bị trợ giúp đang sử dụng, và các mốc can thiệp quan trọng trong cuộc đời chăm sóc.

Một bệnh án điện tử trọn đời cho thương bệnh binh nên được thiết kế như một **hồ sơ sức khỏe – phục hồi – an sinh tích hợp**. Nói cách khác, nó không chỉ là hồ sơ y khoa thuần túy, mà là hồ sơ phản ánh toàn bộ trạng thái sống liên quan đến sức khỏe của một con người cụ thể. Ví dụ, với một thương binh cụt chi, hồ sơ không nên chỉ dừng ở chẩn đoán ban đầu và lần thay chân giả gần nhất; nó cần ghi nhận cả khả năng di chuyển hiện tại, mức đau chi ma, nguy cơ té ngã, tình trạng da vùng tì đè, mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hằng ngày, nhu cầu hỗ trợ nhà ở, tình trạng người chăm sóc chính và mục tiêu

phục hồi mong muốn trong giai đoạn tiếp theo. Chỉ khi có một bức tranh toàn diện như vậy, y học mới thực sự bước ra khỏi logic "điều trị triệu chứng" để chuyển sang logic "quản lý con người trong toàn bộ vòng đời bệnh lý".

Cá thể hóa hồ sơ sức khỏe cũng có nghĩa là từ bỏ cách nhìn đồng loạt. Không có hai thương bệnh binh nào hoàn toàn giống nhau, kể cả khi họ có cùng mức độ thương tật trên giấy tờ. Có người đau nhiều nhưng vẫn giữ tinh thần mạnh mẽ; có người vết thương cũ không quá nặng nhưng tuổi già làm suy sụp chức năng nhanh chóng; có người cần ưu tiên tim mạch, có người cần ưu tiên thần kinh, có người cần ưu tiên dinh dưỡng, có người lại cần ưu tiên quản lý đau và giấc ngủ. Bệnh án điện tử cá thể hóa giúp hệ thống thoát khỏi kiểu cấp dịch vụ bình quân, để chuyển sang mô hình **chăm sóc đúng người, đúng nhu cầu, đúng thời điểm**.

Về mặt cấu trúc, hồ sơ này có thể được tổ chức theo bảy lớp thông tin. Lớp thứ nhất là **thông tin căn cước chăm sóc**: không chỉ họ tên, năm sinh, địa chỉ, mức độ thương tật, mà cả lịch sử đơn vị, nhóm đối tượng chính sách, người liên hệ chính, hoàn cảnh sống. Lớp thứ hai là **hồ sơ bệnh lý nền**: thương tổn nguyên phát, di chứng chiến tranh, bệnh mạn tính mắc kèm, tiền sử phẫu thuật, tiền sử dị ứng. Lớp thứ ba là **đánh giá chức năng**: đi lại, tự ăn uống, tự vệ sinh, tự mặc quần áo, giao tiếp, trí nhớ, khả năng ngủ, khả năng tham gia hoạt động xã hội. Lớp thứ tư là **hồ sơ phục hồi chức năng**: mục tiêu phục hồi, kế hoạch tập luyện, thiết bị trợ giúp, tiến bộ theo thời gian, các ngưỡng cảnh báo. Lớp thứ năm là **hồ sơ tâm – xã hội liên quan đến thân thể**: mức cô đơn, lo âu liên quan bệnh tật, sự kiệt sức của người chăm sóc, nguy cơ lạm dụng thuốc hoặc bỏ trị. Lớp thứ sáu là **lịch sử chăm sóc liên tục**: các đợt điều dưỡng, nhập viện, chuyển tuyến, hội chẩn. Lớp thứ bảy là **kế hoạch tương lai**: dự phòng biến chứng, nhu cầu chăm sóc dài hạn, chỉ dẫn sớm cho giai đoạn cuối đời nếu có.

Nếu được thiết kế thông minh, bệnh án điện tử trọn đời không chỉ là nơi lưu giữ dữ liệu, mà còn là một **công cụ ra quyết định lâm sàng và quản trị**. Hệ thống có thể tự động cảnh báo khi một người bệnh lâu chưa tái khám, khi nguy cơ loét tỳ đè tăng, khi chỉ số chức năng giảm nhanh, khi dùng quá nhiều thuốc giảm đau, khi người bệnh ở độ tuổi cần sàng lọc biến chứng đặc thù, hoặc khi gia đình có dấu hiệu quá tải chăm sóc. Từ chỗ dữ liệu bị "chết" trong tủ hồ sơ, nó trở thành một hệ thần kinh của hệ thống chăm sóc.

Một lợi ích rất lớn khác là bệnh án điện tử trọn đời giúp **khôi phục ký ức chuyên môn**. Trong thực tế, nhiều thương bệnh binh cao tuổi gặp khó khăn khi nhớ tên thuốc, tên bệnh, mốc điều trị; gia đình cũng dễ kể thiếu hoặc kể sai. Khi hồ sơ được số hóa và chuẩn hóa, mỗi lần tiếp xúc y tế mới không còn là một cuộc "điều tra lại từ đầu", mà là sự tiếp nối của tri thức tích lũy. Điều này không chỉ giảm sai sót, mà còn tạo ra cảm giác an tâm cho người bệnh: họ được thấy mình được nhớ, được hiểu, được theo dõi như một con người có lịch sử chứ không phải một ca bệnh vô danh.

Tuy nhiên, để hệ thống ấy không trở thành một công nghệ lạnh lẽo, phải xác lập nguyên tắc rằng bệnh án điện tử không thay thế sự gần gũi của y đức; nó chỉ làm cho y đức trở nên chính xác hơn và bền vững hơn. Một bác sĩ, một điều dưỡng, một kỹ thuật viên phục hồi khi mở hồ sơ của thương bệnh binh không chỉ nhìn thấy chỉ số bệnh lý; họ phải nhìn thấy con người đằng sau dữ liệu ấy. Hồ sơ tốt là hồ sơ giúp chuyên môn gần hơn với nhân phẩm.

Trong điều kiện Việt Nam, có thể triển khai bệnh án điện tử trọn đời theo lộ trình từng bước. Giai đoạn đầu, chọn một số trung tâm điều dưỡng Người có công và bệnh viện phục hồi chức năng làm điểm, xây dựng bộ hồ sơ chuẩn thống nhất. Giai đoạn tiếp theo, kết nối với y tế địa phương để bảo đảm dòng dữ liệu không bị đứt khi người bệnh trở về cộng đồng. Giai đoạn sau nữa, tích hợp dần với bảo hiểm y tế, quản lý thiết bị trợ giúp và dịch vụ chăm sóc tại nhà. Cách làm này vừa thực tế, vừa tránh được cú sốc số hóa ồ ạt nhưng thiếu chất lượng.

Có thể nói, bệnh án điện tử trọn đời cho thương bệnh binh không chỉ là một cải tiến quản lý. Nó là một tuyên bố đạo lý dưới hình thức công nghệ: **xã hội không quên thân thể của những người đã hy sinh cho mình; và ký ức tri ân phải được chuyển hóa thành ký ức chăm sóc có hệ thống**.

6.2. Phục hồi chức năng chuyên sâu: Kết hợp Y học cổ truyền bản địa và công nghệ phục hồi hiện đại

Nếu bệnh án điện tử trọn đời là trí nhớ của hệ thống, thì phục hồi chức năng chính là **động lực tái sinh năng lực sống**. Với thương bệnh binh, chữa bệnh thôi chưa đủ. Nhiều người không cần "khỏi bệnh" theo nghĩa tuyệt đối, vì tổn thương có thể đã vĩnh viễn; điều họ cần là sống tốt hơn với cơ thể hiện tại, ít đau hơn, cử động dễ hơn, tự chủ hơn, ngủ ngon hơn, bớt lệ thuộc hơn, và có thể tiếp tục tham gia vào đời sống gia đình – cộng đồng với phẩm giá nguyên vẹn hơn. Nói cách khác, phục hồi chức năng là cây cầu nối giữa điều trị và đời sống.

Ở Việt Nam, khái niệm phục hồi chức năng nhiều khi vẫn bị hiểu hẹp như vài bài tập vận động sau tai biến hoặc một số thủ thuật vật lý trị liệu đơn lẻ. Nhưng đối với Người có công, cần một cách nhìn rộng hơn và sâu hơn. Phục hồi chức năng chuyên sâu phải là một **quy trình liên ngành**, phối hợp bác sĩ phục hồi, điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu khi cần, chuyên gia dinh dưỡng, y học cổ truyền, kỹ sư chỉnh hình, nhân viên công tác xã hội và gia đình. Chỉ một hệ thống đa điểm chạm như vậy mới có thể phục hồi không chỉ cơ bắp hay khớp, mà cả khả năng sống độc lập.

Điểm sáng tạo có giá trị đặc biệt đối với Việt Nam là sự kết hợp giữa **y học cổ truyền bản địa** và **công nghệ phục hồi hiện đại**. Trong nhiều thập niên, hai lĩnh vực này đôi khi bị đặt ở hai phía đối lập: một bên gắn với kinh nghiệm dân tộc, một bên gắn với khoa học kỹ

thuật hiện đại. Nhưng trong thực tế chăm sóc Người có công, chúng không nhất thiết phải loại trừ nhau. Một nền y học trưởng thành là nền y học biết để cái đúng của truyền thống gặp cái mạnh của công nghệ, dưới sự kiểm chứng và điều phối chuyên môn nghiêm túc.

Y học cổ truyền Việt Nam có nhiều thế mạnh thực tiễn trong chăm sóc kéo dài: xoa bóp, bấm huyệt, châm cứu, điện châm, thủy châm, ngải cứu, thuốc xông, dược liệu hỗ trợ đau nhức, an thần nhẹ, cải thiện tuần hoàn, giấc ngủ và một số hội chứng cơ xương khớp mạn tính. Đối với thương bệnh binh lớn tuổi, những phương pháp này thường dễ chấp nhận hơn, gần gũi hơn và đôi khi giúp giảm phụ thuộc vào thuốc giảm đau tân dược kéo dài. Quan trọng hơn, y học cổ truyền thường tạo ra cảm giác được chăm sóc bằng bàn tay gần gũi, có tính tiếp xúc con người rất cao, điều mà máy móc hiện đại không thay thế được.

Trong khi đó, công nghệ phục hồi hiện đại đem lại những năng lực mà phương pháp truyền thống khó có được: robot hỗ trợ tập vận động, thiết bị điện kích thích chức năng, phân tích dáng đi, công nghệ in 3D cho chỉnh hình, chân tay giả thích ứng tốt hơn, hệ thống tập thăng bằng, tele-rehabilitation, phần mềm theo dõi tiến bộ, giường chống loét thông minh, thiết bị hỗ trợ nuốt, hỗ trợ hô hấp, cảm biến phát hiện té ngã, và nhiều phương tiện giúp cá thể hóa can thiệp. Những công nghệ ấy đặc biệt hữu ích với người có tổn thương thần kinh, cụt chi, giảm khả năng vận động nặng hoặc cần theo dõi lâu dài mà không thể thường xuyên lên tuyến trên.

Mô hình phục hồi chức năng chuyên sâu phù hợp cho Việt Nam vì thế không phải là ghép cơ học hai mảng kỹ thuật, mà là **thiết kế lộ trình phối hợp**. Ví dụ, một thương bệnh binh đau cột sống mạn tính và mất ngủ có thể được đánh giá toàn diện, sau đó kết hợp thuốc cần thiết, vật lý trị liệu, bài tập kéo giãn – tăng cơ, châm cứu hỗ trợ giảm đau, điều chỉnh tư thế ngủ, dinh dưỡng chống viêm và hướng dẫn người nhà hỗ trợ tập tại nhà. Một thương binh cụt chi có thể được đo đạc chỉnh hình bằng công nghệ mới nhưng vẫn kết hợp xoa bóp, chăm sóc mô mềm, điều trị đau chi ma và tư vấn tâm lý thích ứng với thiết bị trợ giúp. Một bệnh binh sau tai biến có thể vừa tập vận động chủ động – thụ động bằng máy, vừa dùng châm cứu hoặc điện châm như hỗ trợ trong chiến lược phục hồi tổng thể.

Điểm cốt lõi ở đây là phải chuyển từ tư duy "làm kỹ thuật" sang tư duy "thiết kế hành trình phục hồi". Mỗi người bệnh cần có một **bản đồ phục hồi cá nhân** với mục tiêu cụ thể: đi được bao xa, tự đứng dậy được hay chưa, tự mặc quần áo được không, giảm đau đến mức nào, ngủ tốt hơn bao nhiêu, giảm té ngã ra sao, có thể ra vườn, đọc sách, sinh hoạt cộng đồng hay trò chuyện lâu hơn được không. Chỉ khi mục tiêu được định nghĩa bằng năng lực sống thật, phục hồi chức năng mới thoát khỏi kiểu làm việc theo thủ thuật vụn vặt.

Một khía cạnh rất thực tế là nhiều Người có công không thể duy trì phục hồi lâu dài nếu mô hình quá phụ thuộc vào cơ sở chuyên sâu ở xa. Vì vậy, Chương 6 cần nhấn mạnh mô hình phục hồi theo ba tầng. Tầng thứ nhất là **phục hồi chuyên sâu tại trung tâm**

dành cho giai đoạn đánh giá, can thiệp mạnh và thiết lập kế hoạch. Tầng thứ hai là **phục hồi chuyển tiếp tại địa phương**, nơi bệnh viện tuyến tỉnh, huyện hoặc trung tâm y tế có thể tiếp tục thực hiện phác đồ cơ bản. Tầng thứ ba là **phục hồi tại nhà có hướng dẫn**, sử dụng sổ theo dõi, video hướng dẫn, thiết bị đơn giản và giám sát từ xa khi cần. Cách tổ chức này rất quan trọng, vì trong phục hồi chức năng, tính liên tục thường quan trọng hơn những đợt can thiệp ngắn nhưng rầm rộ.

Cũng cần nhìn nhận rằng phục hồi không chỉ là chuyện cơ bắp. Với nhiều thương bệnh binh, đau mạn tính, mặc cảm cơ thể, cảm giác "mình đã yếu rồi" hay sợ vận động vì sợ ngã mới là rào cản lớn nhất. Do đó, phục hồi chức năng chuyên sâu phải bao gồm cả **phục hồi niềm tin vào thân thể**. Một người chỉ thật sự hồi phục khi họ dám tin rằng cơ thể mình vẫn còn khả năng tiến bộ, vẫn có thể học lại, thích ứng lại và sống có chủ động hơn. Ở nghĩa này, mỗi bài tập tốt không chỉ làm mạnh cơ, mà còn làm ấm lại ý chí sống.

Để mô hình kết hợp y học cổ truyền và công nghệ hiện đại không rơi vào tùy tiện, phải có nguyên tắc chuyên môn rõ ràng: cái gì có bằng chứng thì mở rộng, cái gì có lợi nhưng cần theo dõi thì thử nghiệm có kiểm soát, cái gì không an toàn thì loại bỏ. "Bản địa" không đồng nghĩa với "mặc nhiên đúng"; "hiện đại" cũng không đồng nghĩa với "mặc nhiên phù hợp". Chỉ có tiêu chuẩn chuyên môn, đánh giá kết quả và đạo đức chăm sóc mới giúp sự kết hợp này thực sự trở thành một lợi thế của Việt Nam.

Nếu làm được điều đó, Việt Nam có thể tạo ra một mô hình phục hồi rất riêng: không xa rời truyền thống, nhưng cũng không bị trói vào kinh nghiệm cũ; biết dùng bàn tay của người thầy thuốc, nhưng cũng không ngại dùng robot, cảm biến và phần mềm; biết quý cây thuốc quê hương, nhưng cũng biết đo hiệu quả bằng chức năng và chất lượng sống. Đó chính là một biểu hiện sinh động của "Việt hóa" trong y học.

6.3. Chăm sóc giảm nhẹ (Palliative Care): Tiếp cận nhân văn cho giai đoạn cuối đời – Để người lính ra đi trong thanh thản và tôn nghiêm

Không phải mọi hành trình chăm sóc đều hướng đến phục hồi hoàn toàn. Có những lúc y học phải chấp nhận một sự thật sâu sắc: điều tốt nhất không còn là kéo dài bằng mọi giá, mà là **giảm đau, làm dịu, đồng hành và bảo vệ phẩm giá** cho con người trong giai đoạn cuối đời. Với thương bệnh binh, bệnh binh và Người có công cao tuổi, đây là một vấn đề ngày càng cấp thiết nhưng thường bị né tránh. Xã hội dễ nói về tri ân khi họ còn khỏe, còn giao lưu, còn hiện diện trong các nghi lễ tưởng niệm; nhưng tri ân sâu sắc hơn nhiều lại nằm ở chỗ ta chăm sóc họ như thế nào khi cơ thể dần đi đến giới hạn cuối cùng.

Chăm sóc giảm nhẹ vì thế không phải là từ bỏ điều trị, mà là chuyển trọng tâm từ chữa khỏi sang làm dịu khổ đau toàn diện. Nó bao gồm kiểm soát đau và triệu chứng khó chịu, hỗ trợ tâm lý, hỗ trợ tinh thần, giao tiếp trung thực nhưng nhân văn với gia đình, chuẩn bị cho những quyết định cuối đời, và giúp người bệnh sống những ngày cuối không trong

hoảng loạn, không trong đau đớn không cần thiết, không trong cảm giác mình trở thành gánh nặng vô nghĩa. Với người lính đã đi qua chiến tranh, điều này còn mang một ý nghĩa biểu tượng rất lớn: cuối hành trình, họ cần được xã hội bao bọc bằng sự thanh thản và tôn nghiêm tương xứng với những gì họ đã hiến dâng.

Trong thực tế, giai đoạn cuối đời của nhiều Người có công vẫn còn bị chăm sóc theo kiểu chắp vá. Có người đau kéo dài nhưng không được kiểm soát đau đầy đủ. Có người được đưa đi cấp cứu lặp đi lặp lại dù lợi ích thực sự rất hạn chế, chỉ vì gia đình không được tư vấn sớm về tiên lượng. Có người nằm trong nhà nhưng cả nhà đều lúng túng, sợ hãi, không biết cách xoay trở, vệ sinh, cho ăn, dùng thuốc hay đối diện với sự ra đi sắp tới. Có người qua đời trong một không gian nhiều thiết bị nhưng rất ít an ủi. Tất cả những điều ấy cho thấy hệ thống tri ân sẽ còn thiếu nếu không đưa chăm sóc giảm nhẹ vào như một cấu phần chính thức của trụ cột "Thân".

Điểm quan trọng nhất của chăm sóc giảm nhẹ là nó nhìn con người như một chỉnh thể. Ở cuối đời, đau không chỉ là đau thể xác. Đó còn có thể là nỗi sợ trở thành gánh nặng, nỗi day dứt vì chưa nói lời nào đó với con cháu, nỗi cô đơn, nỗi lo bị lãng quên, hoặc cảm giác mất kiểm soát khi cơ thể dần không còn nghe theo ý mình. Vì thế, chăm sóc giảm nhẹ đúng nghĩa phải kết hợp giữa bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, nhân viên công tác xã hội, chuyên gia tâm lý hoặc tư vấn tinh thần khi có thể, cùng với gia đình. Đích đến không phải chỉ là "bệnh nhân đỡ đau", mà là "con người được đi trọn hành trình cuối đời trong bớt sợ hãi hơn, bớt đơn độc hơn và được tôn trọng hơn".

Một mô hình chăm sóc giảm nhẹ dành cho Người có công nên được thiết kế theo tinh thần rất Việt Nam: **nhẹ nhàng, gần gũi, tôn trọng gia đình nhưng không đẩy hết trách nhiệm cho gia đình**. Điều đó có nghĩa là cần có các gói hỗ trợ cụ thể. Trước hết là đánh giá sớm để nhận diện ai đã bước vào giai đoạn cần chăm sóc giảm nhẹ, thay vì chờ đến lúc hấp hối mới xử lý. Tiếp theo là kiểm soát triệu chứng: đau, khó thở, mất ngủ, kích động, buồn nôn, lo âu, suy kiệt. Sau đó là huấn luyện gia đình những kỹ năng cơ bản: xoay trở phòng loét, cho ăn an toàn, chăm sóc vệ sinh, nhận biết dấu hiệu nguy cấp, sử dụng thuốc theo chỉ định, hỗ trợ giao tiếp và an ủi. Song song với đó là chuẩn bị về mặt tinh thần: giúp gia đình hiểu rằng mục tiêu chăm sóc lúc này không còn giống trước, và sự dịu êm đôi khi đáng giá hơn sự can thiệp dồn dập mà ít ý nghĩa.

Ở đây, một yếu tố rất tinh tế nhưng rất quan trọng là **quyền được lựa chọn cách sống những ngày cuối**. Người có công, nếu còn khả năng bày tỏ, nên được hỏi họ muốn điều gì: muốn ở nhà hay ở cơ sở, muốn gặp ai, muốn tránh những can thiệp nào, muốn giữ những nếp sinh hoạt nào, có mong muốn tinh thần hay tín ngưỡng nào cần được tôn trọng. Việc lắng nghe những điều ấy không làm y học yếu đi; ngược lại, nó làm y học trở về đúng vị trí của mình: phục vụ con người chứ không áp đặt lên con người.

Trong bối cảnh Việt Nam, chăm sóc giảm nhẹ cho Người có công có thể được xây dựng theo ba không gian phối hợp. Không gian thứ nhất là **trong cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện**, nơi đội ngũ chuyên môn xử trí những triệu chứng khó và hướng dẫn kế hoạch chăm sóc. Không gian thứ hai là **tại nhà**, nơi gia đình được hỗ trợ để người bệnh có thể ở trong môi trường quen thuộc nếu mong muốn. Không gian thứ ba là **cộng đồng và mạng lưới hỗ trợ tinh thần**, bao gồm hội cựu chiến binh, đoàn thể địa phương, cán bộ xã hội, tổ dân phố, chức sắc tôn giáo khi phù hợp, và những người có thể giúp căn nhà cuối đời không trở thành một hòn đảo cô độc.

Một nội dung cần được nhấn mạnh là chăm sóc giảm nhẹ không chỉ dành cho ung thư hay bệnh giai đoạn hấp hối rõ rệt. Với thương bệnh binh cao tuổi, người suy tim nặng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn cuối, sa sút trí tuệ nặng, liệt kéo dài, đau mạn tính kháng trị, hoặc suy kiệt đa bệnh lý, chăm sóc giảm nhẹ cũng rất cần thiết. Nói như vậy để thấy rằng đây không phải là dịch vụ ngoại lệ, mà nên trở thành một phần bình thường của hệ thống chăm sóc toàn diện.

Về phương diện đạo lý, đây có lẽ là điểm sâu nhất của trụ cột "Thân". Xã hội thường tôn vinh người lính bằng tượng đài, bằng diễn văn, bằng nghi thức. Nhưng có một tượng đài khác lặng lẽ hơn và chân thật hơn: đó là cách chúng ta đỡ lấy họ khi thân thể cuối cùng đã mỏi mệt. Một bàn tay nắm nhẹ, một cơn đau được làm dịu, một đêm ngủ yên, một cuộc trò chuyện cuối không bị vội vàng cắt ngang, một căn phòng sạch sẽ, một gương mặt nhân viên y tế biết nói bằng ánh mắt kính trọng — tất cả những điều ấy là hình thức cao nhất của tri ân ở cuối hành trình sống.

Bởi vậy, câu "để người lính ra đi trong thanh thản và tôn nghiêm" không nên chỉ là một mỹ từ. Nó phải trở thành tiêu chuẩn tổ chức. Mỗi cơ sở chăm sóc Người có công cần có quy trình giảm nhẹ; mỗi đội ngũ điều dưỡng cần được đào tạo kỹ năng cuối đời; mỗi gia đình cần biết mình không cô độc; và mỗi người bệnh cần được bảo đảm rằng ở khoảnh khắc mong manh nhất, họ không bị bỏ lại một mình giữa đau đớn và thủ tục.

Kết luận chương

Trụ cột "Thân" khẳng định một chân lý nền tảng: trong mọi mô hình chăm sóc toàn diện, y học phải là nòng cốt, nhưng là **y học của con người sống**, không phải y học của hồ sơ vô cảm hay kỹ thuật rời rạc. Với Người có công, điều đó càng đúng hơn. Cơ thể của họ mang dấu tích của lịch sử, của thời gian và của hy sinh; vì vậy, chăm sóc thân thể cho họ không chỉ là nhiệm vụ chữa bệnh, mà là một hành động tri ân có tổ chức.

Ba định hướng của chương này tạo nên một logic xuyên suốt. **Cá thể hóa hồ sơ sức khỏe** giúp hệ thống ghi nhớ và theo dõi từng số phận chăm sóc một cách liên tục. **Phục hồi chức năng chuyên sâu** giúp y học không chỉ cứu chữa mà còn trả lại năng lực sống, bằng sự kết hợp sáng tạo giữa bản địa và hiện đại. **Chăm sóc giảm nhẹ** giúp hành trình

chăm sóc không khuyết đi ở đoạn cuối, bảo đảm rằng ngay cả khi không thể chữa khỏi, con người vẫn có thể được sống và ra đi trong phẩm giá.

Nhìn ở bình diện chiến lược, trụ cột "Thân" không chỉ cung cấp giải pháp y học cho hiện tại; nó còn đặt nền cho hai trụ cột tiếp theo là "Tâm" và "Tuệ". Bởi chỉ khi thân thể được hiểu đúng, chữa đúng, phục hồi đúng và dịu nhẹ đúng lúc, con người mới có nền tảng để chữa lành tinh thần, duy trì ý nghĩa sống và tiếp tục hiện diện như một nhân vị trọn vẹn trong cộng đồng. Y học, vì thế, không chỉ là nòng cốt của sức khỏe; nó là nòng cốt của một nền tri ân biết đi đến tận cùng trách nhiệm của mình.

Dưới đây là bản viết **toàn văn chi tiết**, nhấn mạnh **giải pháp thông minh, sáng tạo, phù hợp và tối ưu** cho:

CHƯƠNG 7. TRỤ CỘT "TÂM" – TINH THẦN LÀ ĐIỂM TỰA

Nếu trụ cột "Thân" đặt nền trên y học, phục hồi chức năng và chăm sóc thể chất, thì trụ cột **"Tâm"** đi vào vùng sâu hơn của con người: nơi ký ức, cảm xúc, tự trọng, cô đơn, niềm tin và ý nghĩa sống cùng hiện diện. Đối với Người có công, thương binh, bệnh binh, cựu chiến binh và thân nhân liệt sĩ, đời sống tinh thần không phải là phần "phụ trợ" đứng sau điều trị thể chất. Trái lại, trong nhiều trường hợp, đó chính là điểm tựa giữ cho con người không gục ngã trước đau đớn kéo dài, suy giảm chức năng, tuổi già, sự mất mát, hay cảm giác mình đang bị lùi dần khỏi đời sống xã hội.

Một người có thể được uống thuốc đúng, ăn uống đủ, được chăm sóc vệ sinh cẩn thận, nhưng vẫn cảm thấy trống rỗng nếu không còn được lắng nghe, không còn thấy đời mình có ý nghĩa, không còn được gọi tên bằng sự kính trọng, hoặc bị đối xử như một "hồ sơ chính sách" hơn là một con người có lịch sử và nhân phẩm. Với Người có công, điều này càng nhạy cảm. Họ không chỉ cần được chăm sóc vì đang yếu đi; họ cần được chăm sóc trong tư thế của những người từng cống hiến, từng chiến đấu, từng hy sinh một phần đời sống riêng cho lợi ích chung của đất nước. Bởi vậy, trụ cột "Tâm" không chỉ là chuyện hỗ trợ tâm lý theo nghĩa hẹp, mà là thiết kế **một hệ sinh thái tinh thần** giúp người có công được chữa lành, được kết nối, được tự hào và được sống trong sự tôn trọng.

Trong chương này, trụ cột "Tâm" được triển khai qua ba hướng có tính chiến lược và thực thi cao. Thứ nhất là **liệu pháp ký ức**, biến ký ức chiến trường từ một vùng đau âm thầm thành nguồn lực hồi phục phẩm giá và niềm tự hào. Thứ hai là **môi trường chữa lành**, nhìn nhận không gian sống, kiến trúc, ánh sáng, cây xanh, nhịp sinh hoạt tập thể và thiết kế cộng đồng như một hình thức trị liệu tinh thần. Thứ ba là **văn hóa ứng xử "Gia đình binh chủng"**, nhằm chuyển mối quan hệ giữa nhân viên và người có công từ tương tác dịch vụ thông thường sang một nền văn hóa "Kính – Trọng – Thương", nơi sự tôn nghiêm được tạo ra từng ngày trong từng cử chỉ nhỏ.

Có thể nói, nếu trụ cột "Thân" giúp làm dịu những đau đớn của cơ thể, thì trụ cột "Tâm" giúp chữa những vết thương không nhìn thấy bằng mắt thường. Chính ở đây, công tác chăm sóc Người có công mới thực sự vượt qua giới hạn của phúc lợi hành chính để trở thành một mô hình phụng sự có chiều sâu nhân văn.

7.1. Liệu pháp ký ức: Khơi dậy niềm tự hào qua các hoạt động "Kể chuyện chiến trường"

Trong đời sống tinh thần của người có công, ký ức luôn giữ một vị trí đặc biệt. Đó có thể là ký ức đau đớn của chiến tranh, của mất mát đồng đội, của thương tích, của đói rét, của chia ly. Nhưng đồng thời, đó cũng là ký ức về lý tưởng, về tình đồng chí, về lòng can đảm, về sự hiến dâng không tính toán, và về những năm tháng mà cuộc đời họ gắn trực tiếp với số phận của Tổ quốc. Chính vì vậy, ký ức nơi người cựu chiến binh không bao giờ chỉ là chuyện cũ. Nó là một phần cấu trúc bản sắc của họ. Nó quyết định họ tự nhìn mình là ai, cảm thấy mình còn giá trị hay không, và có còn cảm nhận được sự nối dài giữa quá khứ với hiện tại hay không.

Trong thực tế, nhiều người có công bước vào tuổi già trong một nghịch lý tinh thần: xã hội vẫn nhắc đến công lao của họ trong những ngày kỷ niệm, nhưng đời sống thường nhật của họ lại ngày càng thu hẹp, ít người lắng nghe hơn, ít cơ hội chia sẻ hơn, ít cảm giác được cần đến hơn. Ký ức chiến trường khi không được tiếp nhận đúng cách có thể trở thành vùng im lặng. Có người không kể vì sợ làm phiền con cháu. Có người kể nhưng không ai đủ kiên nhẫn nghe. Có người chỉ còn lặp lại vài mẩu chuyện quen thuộc trong khi phần sâu nhất của ký ức chưa từng được gọi tên. Khi ấy, sự cô đơn tinh thần không đến từ thiếu người xung quanh, mà từ cảm giác rằng những năm tháng có ý nghĩa nhất của đời mình không còn được đặt vào một không gian xứng đáng.

Bởi vậy, **liệu pháp ký ức** cần được xem như một giải pháp chăm sóc tinh thần có chủ đích. Ở đây, ký ức không bị khai thác theo hướng khơi lại đau thương thuần túy, mà được dẫn dắt để trở thành nguồn lực phục hồi lòng tự trọng, niềm tự hào và cảm giác tiếp tục có ích. Hoạt động "Kể chuyện chiến trường" vì thế không nên tổ chức như một nghi thức phong trào đơn thuần, càng không phải là một buổi kể chuyện mang tính minh họa lịch sử. Nó cần được thiết kế như một **phương pháp trị liệu tinh thần và kết nối liên thế hệ**.

Cốt lõi của phương pháp này là đặt người có công vào vị trí **người kể**, không phải chỉ là người được chăm sóc thụ động. Một khi được kể lại đời mình trong bầu không khí lắng nghe chân thành, họ không còn chỉ là người đang yếu đi cần được trợ giúp, mà trở lại với căn tính của một nhân chứng lịch sử, một người từng lựa chọn dấn thân, từng chịu đựng, từng vượt qua. Việc kể chuyện, nếu được tổ chức đúng, có thể giúp họ sắp xếp lại ký ức, nói ra những điều bị nén lại lâu năm, chuyển đau thương thành ý nghĩa, và cảm thấy rằng đời mình vẫn đang tiếp tục tạo ảnh hưởng lên người khác.

Để làm được điều đó, hoạt động "Kể chuyện chiến trường" cần vượt ra khỏi kiểu tổ chức cứng nhắc một chiều. Có thể hình dung ít nhất bốn mô hình triển khai thực tế.

Mô hình thứ nhất là **phòng ký ức sống** trong các trung tâm điều dưỡng và cơ sở chăm sóc Người có công. Đó là một không gian ấm cúng, không quá hình thức, có ảnh tư liệu, bản đồ đơn vị, kỷ vật quân ngũ, ghế ngồi quây tròn, ánh sáng dịu, có trà nóng, có thiết bị ghi âm hoặc ghi hình nếu được đồng ý. Mỗi tuần có thể tổ chức một buổi chủ đề nhỏ như "ngày nhập ngũ", "người đồng đội không quên", "bức thư từ hậu phương", "trận đánh nhớ đời", "lần trở về sau chiến tranh". Chủ đề nhỏ giúp người kể dễ bắt đầu hơn, đồng thời tránh cảm giác phải kể "toàn bộ cuộc đời" một cách nặng nề.

Mô hình thứ hai là **liệu pháp hồi cố có hướng dẫn**. Không phải ai cũng dễ dàng kể chuyện chiến trường. Có người nghẹn lại, có người né tránh, có người kể lan man rồi mệt, có người bị đánh thức những cảm xúc đau đớn chưa được xử lý. Vì vậy, cần có nhân sự được tập huấn tối thiểu về kỹ năng lắng nghe, đặt câu hỏi gợi mở, nhận diện dấu hiệu xúc động quá mức, biết khi nào nên dừng lại, khi nào nên chuyển câu chuyện từ nỗi đau sang niềm tự hào, từ mất mát sang ý nghĩa. Đây không nhất thiết phải là nhà tâm lý lâm sàng chuyên sâu trong mọi trường hợp, nhưng phải là người hiểu rằng lắng nghe ký ức là một công việc có trách nhiệm, không phải sự tò mò hay khai thác cảm xúc.

Mô hình thứ ba là **kể chuyện liên thế hệ**. Một trong những giải pháp thông minh và giàu hiệu quả nhất là mời học sinh, sinh viên, đoàn viên thanh niên, quân nhân trẻ hoặc con cháu địa phương tham gia các buổi lắng nghe ký ức theo nhóm nhỏ. Nhưng trọng tâm không phải là "giao lưu cho vui", mà là tạo ra một cây cầu giữa những người đã đi qua chiến tranh và những người đang lớn lên trong hòa bình. Khi một người lính già kể lại một đêm hành quân, một quyết định sống còn, một kỷ niệm về đồng đội, và thấy ánh mắt người trẻ lắng nghe bằng sự kính trọng thật sự, điều được chữa lành ở đây không chỉ là ký ức cá nhân. Đó còn là cảm giác rằng cuộc đời mình chưa bị lịch sử bỏ lại phía sau.

Mô hình thứ tư là **số hóa ký ức nhân văn**. Mỗi câu chuyện, nếu được sự đồng ý của người kể, có thể được ghi âm, chép lại, lưu thành "hồ sơ ký ức" gắn với hồ sơ chăm sóc. Một số câu chuyện có thể biên tập thành tập san nội bộ, podcast, thư viện âm thanh, góc triển lãm nhỏ, hoặc album dành cho gia đình. Đây là giải pháp rất thực tế và tối ưu, vì nó biến một hoạt động trị liệu thành tài sản văn hóa sống. Người kể thấy câu chuyện của mình được trân trọng; gia đình có thêm tư liệu quý; cơ sở chăm sóc có thêm chất liệu để xây dựng bản sắc riêng; còn xã hội có cơ hội tiếp cận ký ức chiến tranh bằng con đường gần gũi và người thật hơn.

Điều quan trọng là liệu pháp ký ức không nhằm biến mọi người có công thành "nhân vật trình diễn ký ức". Có người muốn kể nhiều, có người chỉ muốn kể ít; có người thích kể trước đám đông, có người chỉ muốn chia sẻ một-một; có người cần kể để nhẹ lòng, có người chỉ muốn được nhắc rằng ký ức của mình được tôn trọng dù không nói ra hết. Vì

vậy, sự tinh tế nằm ở chỗ **cho phép nhiều hình thức hồi cố**, từ kể chuyện, viết ngắn, xem ảnh cũ, nghe lại bài hát thời chiến, chạm vào kỷ vật, xem bản đồ đơn vị, đến việc chỉ ngồi trong một không gian nơi ký ức được công nhận.

Nếu được tổ chức tốt, liệu pháp ký ức sẽ đem lại nhiều giá trị cùng lúc. Nó giúp giảm cô đơn, tăng giao tiếp, làm sống lại niềm tự hào chính đáng, tăng kết nối với cộng đồng, giảm cảm giác bị lãng quên và tạo ra mục đích sống mới. Đặc biệt, nó rất phù hợp với Người có công vì xuất phát từ chính vốn sống của họ, không đòi hỏi công nghệ đắt tiền, nhưng lại có thể tạo hiệu quả sâu và bền. Đây là một giải pháp vừa thông minh, vừa giàu tính Việt Nam: dùng ký ức như một nguồn lực tinh thần, chứ không chỉ như một đối tượng tưởng niệm.

7.2. Môi trường chữa lành (Healing Environment): Không gian kiến trúc xanh và liệu pháp tâm lý cộng đồng

Tinh thần con người không chỉ được chữa lành bằng lời nói. Nó còn được chữa lành bởi nơi chốn. Một căn phòng bí bách, ánh sáng lạnh, hành lang dài và trống, tiếng ồn liên tục, mùi thuốc nồng, tường sơn xám, ghế ngồi cứng, sân không bóng cây, không gian thiếu điểm dừng giao tiếp — tất cả những yếu tố ấy có thể làm nặng thêm cảm giác bệnh tật, cô độc và bị giam hãm. Ngược lại, một không gian có ánh sáng tự nhiên, cây xanh, luồng gió, âm thanh dịu, lối đi an toàn, góc trò chuyện, sân nhỏ có ký ức và hoạt động cộng đồng vừa sức có thể trở thành một hình thức trị liệu thầm lặng nhưng mạnh mẽ.

Bởi vậy, **Healing Environment** không nên bị hiểu như một khái niệm mỹ thuật hay trang trí, mà là một chiến lược chăm sóc tinh thần có cơ sở thực tiễn rất rõ. Với Người có công, môi trường chữa lành lại càng quan trọng, vì họ thường nhạy cảm với cảm giác mất tự do, bị quản thúc, bị tách khỏi nếp sống quen thuộc. Một trung tâm chăm sóc nếu giống quá nhiều với một cơ sở hành chính hoặc bệnh viện khô cứng sẽ dễ làm suy giảm tinh thần hợp tác và cảm giác an tâm. Trong khi đó, một môi trường "có hồn", gần với nhịp sống Việt Nam, có thể giúp người có công cảm thấy mình đang sống trong một không gian được chăm sóc, không phải bị lưu giữ.

Giải pháp thông minh đầu tiên là chuyển từ tư duy "cơ sở nuôi dưỡng" sang tư duy **"ngôi nhà trị liệu mở"**. Điều này không đòi hỏi phải xây mới toàn bộ hay tiêu tốn ngân sách quá lớn. Ngay cả trong điều kiện hiện có, nhiều cơ sở vẫn có thể cải thiện đáng kể bằng cách tái tổ chức không gian. Ví dụ, thay những hành lang trống bằng các "điểm dừng giao tiếp" với ghế ngồi, cây xanh, tranh ảnh ký ức đơn vị; tạo các góc đọc báo, uống trà, đánh cờ; mở lối đi bộ ngắn có tay vịn; làm vườn trị liệu với cây dễ chăm; tạo khu sinh hoạt có nhạc nền nhẹ, ánh sáng ấm hơn; đưa màu sắc thân thiện và dấu hiệu nhận biết rõ ràng để người cao tuổi không lạc hướng.

Ở đây, **kiến trúc xanh** không nhất thiết đồng nghĩa với công trình đắt đỏ. Nhiều giải pháp tối ưu nằm ở những điều giản dị nhưng đúng nhu cầu: cửa sổ mở được, sân có bóng mát, luồng khí thông thoáng, khuôn viên có cây bản địa dễ chăm sóc, vườn rau nhỏ, bồn hoa thấp, ghế nghỉ ngoài trời, lối dạo ngắn cho người tập đi, khu vực nhìn ra thiên nhiên, và các vật liệu tạo cảm giác ấm áp thay vì lạnh công nghiệp. Với Người có công cao tuổi, chỉ cần được ngồi nơi có nắng sớm, nghe tiếng chim, nhìn lá cây rung, hoặc tự tay tưới một chậu hoa cũng đã là một liệu pháp tinh thần có thật.

Giải pháp thứ hai là xây dựng **không gian chữa lành theo cụm chức năng tâm lý**, thay vì chỉ chia theo chức năng hành chính. Một cơ sở chăm sóc nên có ít nhất bốn loại không gian tinh thần. Loại thứ nhất là không gian yên tĩnh cá nhân để nghỉ ngơi, đọc, suy ngẫm, cầu nguyện hoặc hồi tưởng. Loại thứ hai là không gian giao tiếp nhóm nhỏ để kể chuyện, uống trà, trò chuyện thân mật. Loại thứ ba là không gian cộng đồng cho sinh hoạt tập thể, văn nghệ nhẹ, chiếu phim tư liệu, giao lưu liên thế hệ. Loại thứ tư là không gian trị liệu hoạt động như vườn trị liệu, góc thủ công, khu chăm cây, khu tập vận động ngoài trời. Khi bốn lớp không gian này cùng tồn tại, người được chăm sóc có thể di chuyển linh hoạt giữa cô tĩnh và kết nối, giữa nghỉ ngơi và tham gia, giữa hồi tưởng và sống hiện tại.

Giải pháp thứ ba là đưa **liệu pháp tâm lý cộng đồng** vào nhịp vận hành hằng ngày của cơ sở. Nhiều nơi hiện vẫn hiểu chăm sóc tinh thần là chờ khi ai đó có dấu hiệu bất ổn mới can thiệp. Cách tiếp cận đó quá muộn và quá thụ động. Với Người có công, cần tạo ra một môi trường mà trong đó hoạt động cộng đồng tích cực diễn ra như một phần của đời sống thường ngày: nhóm kể chuyện sáng thứ Hai, giờ đọc báo chung, buổi nghe nhạc theo chủ đề, câu lạc bộ cờ tướng, góc làm thơ, góc viết thư cho con cháu, ngày trưng bày kỷ vật, buổi "nhắc nhớ đồng đội", phiên chợ quê nhỏ, chương trình "mỗi tuần một người bạn trẻ đến nghe chuyện". Tất cả những hoạt động ấy không nên bị coi là phần phụ sau điều trị, mà là cấu phần chính của môi trường chữa lành.

Một điểm sáng tạo rất phù hợp với Việt Nam là kết nối **cảnh quan ký ức** với không gian xanh. Nhiều cơ sở có thể thiết kế các "đường đi ký ức" ngắn với bảng tên đơn vị, mốc lịch sử, trích đoạn thư thời chiến, ảnh tư liệu hay lời nhắn tri ân của thế hệ trẻ. Khi kết hợp với cây xanh, ghế nghỉ và lối đi an toàn, khuôn viên không còn chỉ là khoảng trống giữa các tòa nhà, mà trở thành một hành trình nhẹ nhàng giúp người có công vừa vận động, vừa hồi tưởng, vừa cảm thấy mình được đặt trong một không gian hiểu được câu chuyện đời mình.

Giải pháp thứ tư là ứng dụng **công nghệ nhẹ và thông minh** để tăng chất lượng môi trường chữa lành mà không làm nó trở nên lạnh lẽo. Ví dụ, hệ thống chiếu sáng theo nhịp ngày đêm giúp người cao tuổi ngủ tốt hơn; loa nội bộ phát âm thanh dịu vào khung giờ phù hợp; màn hình nhỏ ở khu chung chiếu ảnh ký ức, phong cảnh quê hương hoặc thông

điệp từ gia đình; cảm biến té ngã giúp tăng an toàn mà không cần kiểm soát cứng; bảng điện tử đơn giản hiển thị hoạt động trong ngày để tạo cảm giác có nhịp sống và chờ đợi tích cực. Công nghệ ở đây không phải để phô diễn hiện đại, mà để làm cho môi trường sống bớt căng thẳng và thân thiện hơn.

Một yếu tố nữa cần được nhấn mạnh là **môi trường chữa lành không chỉ là vật chất, mà là bầu khí cảm xúc**. Một khuôn viên đẹp nhưng nhân viên nói năng lạnh lùng thì vẫn là không gian gây tổn thương. Một căn phòng đơn sơ nhưng luôn có tiếng chào hỏi, có người lắng nghe, có hoạt động vừa sức, có cảm giác an toàn thì lại là không gian trị liệu thực sự. Vì vậy, kiến trúc xanh chỉ phát huy tối đa khi đi cùng văn hóa cộng đồng tích cực. Nói cách khác, Healing Environment là sự kết hợp giữa **kiến trúc đúng, nhịp sống đúng và con người đúng**.

Về phương diện tối ưu chi phí, đây là một hướng rất đáng đầu tư. Bởi nhiều cải thiện môi trường chữa lành có chi phí không quá lớn nhưng tác động lan rộng tới toàn bộ đời sống tinh thần: giảm kích thích tiêu cực, tăng giao tiếp tự nhiên, giảm buồn chán, hỗ trợ giấc ngủ, tăng hợp tác điều trị, giảm cảm giác bị bỏ quên. Đây là một dạng đầu tư "nhỏ về vốn, lớn về chất lượng sống", rất phù hợp với triết lý chăm sóc Người có công trong điều kiện ngân sách cần sử dụng thông minh.

7.3. Văn hóa ứng xử "Gia đình binh chủng": Xây dựng mối quan hệ "Kính – Trọng – Thương" giữa nhân viên và người có công

Nếu ký ức giúp người có công tìm lại niềm tự hào, nếu môi trường chữa lành tạo ra bầu không khí nâng đỡ, thì **văn hóa ứng xử** chính là nơi mọi giá trị ấy được hiện thực hóa hằng ngày. Người có công có thể quên một số chi tiết của buổi khám, có thể không nhớ tên một loại thuốc, nhưng họ gần như luôn nhớ rất rõ mình đã được đối xử ra sao. Một câu nói cộc, một ánh mắt sốt ruột, một cách xưng hô thiếu kính trọng, một kiểu chăm sóc làm cho họ cảm thấy mình là gánh nặng — những điều ấy có thể làm tổn thương tinh thần sâu hơn nhiều so với chúng ta tưởng. Ngược lại, một thái độ chân thành, một cử chỉ dịu dàng, một cách gọi đúng mực, một sự kiên nhẫn đúng lúc có thể trở thành thuốc bổ tinh thần không gì thay thế.

Chính vì vậy, Chương 7 cần đặt ra một khái niệm có tính tổ chức: **văn hóa ứng xử "Gia đình binh chủng"**. Khái niệm này không nhằm quân sự hóa môi trường chăm sóc, mà nhằm gợi lại một giá trị rất gần với tâm lý Người có công: cảm giác được thuộc về một tập thể có tình nghĩa, có kỷ luật nhân văn, có tôn ti kính trọng nhưng không lạnh lùng, có đồng đội nhưng cũng có hơi ấm gia đình. "Gia đình binh chủng" là một cách nói để nhấn mạnh rằng trong cơ sở chăm sóc, nhân viên không đơn thuần là người cung ứng dịch vụ, còn người có công không đơn thuần là người nhận dịch vụ. Họ cùng hiện diện trong một quan hệ đặc biệt hơn: quan hệ của tri ân được chuyên nghiệp hóa.

Ba từ khóa của văn hóa này là **Kính – Trọng – Thương**.

Kính là sự lễ độ nền tảng. Người có công cần được chào hỏi đúng mực, xưng hô phù hợp tuổi tác và vị thế, được giải thích trước khi làm thủ thuật, được xin phép khi chạm vào cơ thể, được lắng nghe khi bày tỏ khó chịu hay nguyện vọng. "Kính" không phải là hình thức xã giao. Nó là cách hệ thống khẳng định rằng người trước mặt mình là một con người có lịch sử cống hiến, không thể bị đối xử như một vật thể cần xử lý cho xong quy trình.

Trọng là sự coi trọng nhân phẩm và kinh nghiệm sống của họ. Không ít mô hình chăm sóc thất bại vì nhân viên quen xem người cao tuổi hoặc người bệnh nặng là những người "không còn biết gì", chỉ cần làm theo hướng dẫn. Nhưng với Người có công, nhiều người vẫn có trí nhớ, quan điểm, lòng tự trọng và kinh nghiệm sống rất mạnh. "Trọng" có nghĩa là không nói chuyện qua đầu họ với gia đình khi họ vẫn còn khả năng hiểu; không quyết thay mọi việc mà không hỏi ý kiến; không xem thường những câu chuyện cũ, những thói quen, những mong muốn nhỏ của họ. Tôn trọng một người không phải chỉ ở lúc trao bằng khen, mà ở cách hỏi họ muốn uống nước ấm hay nguội, muốn tập sáng hay chiều, muốn ngồi ngoài hiên hay trong phòng, muốn gọi điện cho ai trước giờ nghỉ.

Thương là chiều kích cảm xúc của chăm sóc. Nhưng "thương" ở đây không phải thương hại. Đó là lòng thương có phẩm giá: biết xót xa trước nỗi đau của người khác, biết mềm lại trước sự yếu đuối của tuổi già, biết kiên nhẫn khi họ chậm chạp, biết an ủi khi họ buồn, biết nhớ một vài chi tiết nhỏ về cuộc đời họ để lần gặp sau không còn quá xa lạ. Một nền chăm sóc thiếu "thương" có thể vẫn đúng kỹ thuật nhưng rất dễ trở thành vô hồn. Một nền chăm sóc có "thương" đúng mức sẽ làm cho các quy trình trở nên có người.

Để xây dựng văn hóa "Gia đình binh chủng", không thể chỉ treo khẩu hiệu. Cần những cơ chế cụ thể.

Thứ nhất là **đào tạo văn hóa chăm sóc như một năng lực nghề nghiệp bắt buộc**. Nhân viên y tế, điều dưỡng, hộ lý, công tác xã hội, bảo vệ, phục vụ bếp, lái xe, lễ tân — tất cả đều phải được đào tạo về cách giao tiếp với Người có công. Bởi trải nghiệm tinh thần của người được chăm sóc không chỉ hình thành trong phòng khám, mà từ toàn bộ chuỗi tiếp xúc mỗi ngày. Một người bảo vệ lạnh lùng cũng có thể làm hỏng cảm giác an toàn; một cô cấp dưỡng thân thiện cũng có thể làm nên cảm giác được yêu quý.

Thứ hai là xây dựng **nghi thức ứng xử riêng** cho cơ sở chăm sóc Người có công. Ví dụ, quy định cách chào hỏi đầu ngày; nguyên tắc luôn giới thiệu tên trước khi chăm sóc; thói quen hỏi một câu mang tính quan tâm cá nhân; nghi thức tiễn người bệnh sau một đợt điều dưỡng; nghi thức tưởng niệm nhỏ khi có người qua đời; sinh hoạt tri ân định kỳ không hình thức. Những nghi thức nhỏ này tạo ra bản sắc tổ chức và giúp người có công cảm thấy mình sống trong một môi trường có tình, có nhớ, có trước có sau.

Thứ ba là thiết kế mô hình **"nhân viên đồng hành"**. Mỗi người có công, nhất là những người ở nội trú dài ngày hoặc sức khỏe yếu, có thể được gắn với một nhân viên hoặc nhóm nhỏ theo dõi tương đối ổn định. Không phải để tạo lệ thuộc cá nhân, mà để bảo đảm có người hiểu rõ hơn tính cách, thói quen, nỗi sợ, cách giao tiếp và nhu cầu riêng của từng người. Mô hình này rất thông minh vì nó tạo ra tính liên tục cảm xúc, giảm cảm giác xa lạ và tăng hiệu quả chăm sóc cá thể hóa.

Thứ tư là đưa **đánh giá văn hóa ứng xử** vào hệ thống chất lượng. Chất lượng chăm sóc Người có công không thể chỉ đo bằng chỉ số chuyên môn. Cần có tiêu chí đánh giá thái độ giao tiếp, mức độ tôn trọng, phản hồi của người sử dụng, mức độ tin cậy, khả năng lắng nghe, tỷ lệ phàn nàn liên quan đến ứng xử, và cả những câu chuyện điển hình tốt cần được lan tỏa. Khi văn hóa được đo và được khen thưởng đúng, nó mới không bị xem là phần "mềm" có cũng được, không cũng được.

Thứ năm là nuôi dưỡng **bản sắc tập thể** trong đội ngũ nhân viên. Một nhân viên rất khó chăm sóc bằng tinh thần "Kính – Trọng – Thương" nếu chính họ đang kiệt sức, bị đối xử tệ, không được công nhận, hoặc làm việc trong môi trường nội bộ lạnh nhạt. Vì thế, muốn có "Gia đình binh chủng" đối với Người có công, trước hết tổ chức cũng phải có phần nào tinh thần đó với chính đội ngũ của mình. Sự tôn trọng bên trong sẽ lan ra bên ngoài; sự tử tế giữa đồng nghiệp sẽ dễ dàng chuyển thành sự tử tế với người được chăm sóc.

Một điểm rất đáng nhấn mạnh là văn hóa "Gia đình binh chủng" giúp giải quyết cùng lúc hai mục tiêu: vừa giữ được tính chuyên nghiệp, vừa tránh được sự xa cách của mô hình dịch vụ thuần túy. Nó phù hợp với tâm lý Người có công Việt Nam, những người thường đề cao nghĩa tình, sự trước sau, sự chân thành và cách đối xử có "tình đồng đội". Đồng thời, nó cũng tạo ra khuôn khổ để tình cảm không rơi vào tùy tiện. Nói cách khác, đây là một mô hình văn hóa vừa gần gũi vừa có kỷ cương.

Nếu xây dựng được văn hóa ấy, mỗi cơ sở chăm sóc Người có công sẽ không chỉ là nơi chữa bệnh hay điều dưỡng, mà trở thành một không gian mà ở đó người có công cảm thấy mình vẫn thuộc về một đại gia đình có trật tự, có nghĩa tình, có nhớ công lao và có lòng biết ơn được thể hiện bằng hành vi hằng ngày.

Kết luận chương

Trụ cột "Tâm" khẳng định rằng trong chăm sóc Người có công, tinh thần không phải là phần đi kèm sau cùng, mà là **điểm tựa trung tâm** giúp con người giữ được phẩm giá, niềm tin và ý nghĩa sống. Một hệ thống chỉ chăm cái thân mà bỏ quên cái tâm sẽ khó tạo ra sự hồi phục trọn vẹn; ngược lại, khi tinh thần được nâng đỡ đúng cách, ngay cả người đang đau yếu cũng có thể sống bình an, chủ động và có chất lượng hơn.

Ba hướng đi của chương này tạo thành một cấu trúc logic và thực tế. **Liệu pháp ký ức** giúp ký ức chiến trường trở thành nguồn lực tự hào và chữa lành, thay vì chỉ là vùng đau

bị nén lại. **Môi trường chữa lành** biến không gian sống, cảnh quan xanh và nhịp sinh hoạt cộng đồng thành một phương tiện trị liệu tinh thần bền bỉ, tiết kiệm và hiệu quả. **Văn hóa ứng xử "Gia đình binh chủng"** đặt nền cho mọi tương tác chăm sóc bằng ba giá trị cốt lõi: Kính, Trọng, Thương — ba giá trị vừa rất Việt Nam, vừa rất hiện đại trong đạo đức nghề chăm sóc.

Nhìn ở bình diện chiến lược, trụ cột "Tâm" chính là chiếc cầu nối giữa điều trị y học và chất lượng sống. Nó giúp cơ sở chăm sóc không chỉ làm tốt nhiệm vụ phục vụ, mà còn trở thành nơi con người được lắng nghe, được chữa lành, được tự hào và được sống trong một cộng đồng giàu tính người. Đó cũng là bước chuẩn bị quan trọng để đi tới trụ cột tiếp theo là "Tuệ", nơi chăm sóc không dừng ở an ủi hay nâng đỡ, mà hướng đến việc khơi dậy năng lực nhận thức, truyền trao kinh nghiệm và ý nghĩa sống bền lâu của Người có công trong xã hội đương đại.

Dưới đây là bản viết **toàn văn chi tiết, sáng tạo, nhấn mạnh tính tối ưu và phù hợp thực tiễn** cho:

CHƯƠNG 8. TRỤ CỘT "TUỆ" – KẾT NỐI VÀ LAN TỎA

Nếu trụ cột "Thân" giúp bảo vệ và phục hồi cơ thể, trụ cột "Tâm" giúp chữa lành và nâng đỡ đời sống tinh thần, thì trụ cột **"Tuệ"** mở ra một chiều kích cao hơn: giúp Người có công không chỉ được chăm sóc, mà còn tiếp tục **hiện diện như một nguồn tri thức sống, một trung tâm ký ức xã hội, một chủ thể có khả năng trao truyền giá trị**. Đây là bước chuyển rất quan trọng. Bởi trong nhiều mô hình chăm sóc truyền thống, khi con người già đi, yếu đi, hoặc phụ thuộc hơn, xã hội thường vô thức đặt họ vào vị trí "người nhận": nhận trợ cấp, nhận chăm sóc, nhận thăm hỏi, nhận tri ân. Nhưng với Người có công, cách nhìn ấy là chưa đủ và cũng chưa đúng. Họ không chỉ là những người cần được nâng đỡ; họ còn là những người có thể tiếp tục cho đi — cho đi câu chuyện sống, cho đi trải nghiệm lịch sử, cho đi bài học về ý chí, về lòng yêu nước, về phẩm giá, về sức bền tinh thần, và về giá trị của sự cống hiến.

Chính ở đây, trụ cột "Tuệ" trở thành một phần không thể thiếu của mô hình chăm sóc toàn diện "Thân – Tâm – Tuệ". "Tuệ" không chỉ là tri thức theo nghĩa sách vở, cũng không đơn thuần là khả năng nhận thức. Trong bối cảnh này, "Tuệ" là **năng lực kết nối ký ức với hiện tại, biến trải nghiệm thành bài học, biến nhân chứng thành người dẫn dắt tinh thần, và biến sự tri ân một chiều thành sự đối thoại hai chiều giữa các thế hệ**. Khi một Người có công được mời chia sẻ câu chuyện đời mình, được tham gia giáo dục truyền thống, được lắng nghe với tất cả sự tôn trọng, được nhìn thấy ánh mắt chăm chú của thế hệ trẻ, họ không còn chỉ sống trong vùng hồi cố riêng tư. Họ bắt đầu cảm nhận rằng cuộc đời mình vẫn tiếp tục tạo ra tác động, vẫn đang góp phần hình thành đạo đức công dân, và vẫn có ích cho tương lai đất nước.

Về phương diện chăm sóc, đây là một giải pháp rất thông minh và tối ưu. Bởi lẽ, nhiều vấn đề của người cao tuổi và Người có công không chỉ đến từ bệnh tật hay thiếu thốn vật chất, mà từ cảm giác bị rút khỏi dòng chảy xã hội. Khi một người thấy mình không còn được cần đến, sự xuống sức thể chất thường diễn ra nhanh hơn, nỗi buồn sâu hơn, và tinh thần hợp tác sống cũng yếu đi. Ngược lại, khi họ có vai trò, có đối tượng để trao truyền, có môi trường để kể, dạy, nhắc nhớ, chất lượng sống được cải thiện một cách rất tự nhiên. Như vậy, trụ cột "Tuệ" không chỉ phục vụ xã hội và thế hệ trẻ; nó còn chính là một hình thức chăm sóc ngược trở lại cho Người có công.

Trong chương này, trụ cột "Tuệ" được triển khai qua hai hướng trọng tâm. Thứ nhất là **đưa Người có công tham gia giáo dục truyền thống**, từng bước biến trung tâm điều dưỡng thành một **"trường học lịch sử sống"**. Thứ hai là xây dựng **mô hình kết nối thế hệ**, trong đó thanh thiếu niên và thương bệnh binh gặp nhau không phải qua các cuộc thăm hỏi hình thức, mà qua những chương trình giáo dục – đối thoại – đồng hành có thiết kế bài bản, giàu cảm xúc và có giá trị lâu dài. Nếu làm tốt, đây sẽ là trụ cột giúp mô hình chăm sóc vượt ra khỏi giới hạn "nội bộ ngành" để trở thành một thiết chế văn hóa – xã hội có sức lan tỏa bền vững.

8.1. Người có công tham gia giáo dục truyền thống: Biến Trung tâm điều dưỡng thành "Trường học lịch sử sống"

Lịch sử trong sách giáo khoa thường được trình bày bằng sự kiện, niên đại, chiến dịch, văn kiện, tên người, tên địa danh. Điều đó cần thiết, nhưng chưa đủ để lịch sử trở nên sống động trong tâm trí thế hệ trẻ. Điều làm nên chiều sâu thật sự của lịch sử không chỉ là dữ kiện, mà là **hơi thở con người**: một người lính đã nghĩ gì trước lúc ra trận, một đồng đội đã sống với nhau ra sao giữa thiếu thốn, một vết thương đã đổi thay số phận như thế nào, một lá thư hậu phương đã giữ tinh thần con người bền vững ra sao. Những điều ấy hiếm khi được truyền trọn vẹn qua trang giấy. Chúng chỉ thực sự hiện lên khi được kể bởi chính những con người đã đi qua nó.

Bởi vậy, việc mời Người có công tham gia giáo dục truyền thống không nên xem là hoạt động phụ trợ, giao lưu minh họa hay nghĩa cử mang tính biểu tượng. Nó cần được đặt lại đúng vị trí: **một thành tố chiến lược của cả công tác giáo dục lẫn công tác chăm sóc**. Khi đó, trung tâm điều dưỡng không còn chỉ là nơi tiếp nhận, chăm sóc, điều dưỡng và phục hồi; nó có thể trở thành một **"trường học lịch sử sống"**, nơi lịch sử không nằm trên bảng tin, mà hiện diện qua con người, ký ức, không gian, hiện vật và đối thoại.

Khái niệm "trường học lịch sử sống" rất phù hợp với Việt Nam vì nó tận dụng đồng thời ba nguồn lực sẵn có nhưng lâu nay chưa được kết nối tối ưu. Thứ nhất là **nguồn lực con người**: chính những thương binh, bệnh binh, cựu chiến binh, thân nhân liệt sĩ đang sống trong hoặc gắn bó với các trung tâm. Thứ hai là **nguồn lực ký ức**: những câu chuyện, hiện vật, bức ảnh, thư từ, bản đồ, kỷ vật, nếp sinh hoạt quân ngũ, những ký ức vùng miền

và đơn vị. Thứ ba là **nguồn lực xã hội**: học sinh, sinh viên, đoàn thanh niên, giáo viên, cán bộ đoàn thể, cộng đồng địa phương. Khi ba nguồn lực này được kết nối bằng một thiết kế giáo dục đúng, trung tâm điều dưỡng sẽ không còn là một thiết chế khép kín mà trở thành một "không gian học tập công dân" rất đặc biệt.

Để làm được điều đó, cần thay đổi tư duy tổ chức. Một trung tâm điều dưỡng muốn trở thành "trường học lịch sử sống" không nhất thiết phải mở lớp học theo nghĩa thông thường. Điều cốt lõi là tạo ra **những tình huống học tập sống động**, nơi người trẻ được tiếp xúc trực tiếp với nhân chứng lịch sử trong môi trường chăm sóc được tổ chức nhân văn. Có thể triển khai theo ít nhất năm hợp phần.

Hợp phần thứ nhất là **chuyên đề kể chuyện lịch sử theo nhân chứng**. Mỗi tháng hoặc mỗi quý, trung tâm có thể phối hợp với trường học, đoàn thanh niên, hội cựu chiến binh tổ chức các buổi chia sẻ chủ đề như "một ngày trên tuyến lửa", "đồng đội và lời hứa trở về", "ký ức người lính thông tin", "những năm tháng quân y giữa chiến trường", "ngày hòa bình đầu tiên", "vết thương và ý chí sống tiếp". Mỗi buổi không cần quá đông, không cần khẩu hiệu hóa, mà cần nhấn mạnh chiều sâu con người. Khi một câu chuyện thật được kể trong một không gian thật, sức thuyết phục đạo đức của nó mạnh hơn rất nhiều so với các hình thức tuyên truyền chung chung.

Hợp phần thứ hai là **bảo tàng vi mô – ký ức tại chỗ**. Mỗi trung tâm điều dưỡng có thể xây dựng một góc hoặc phòng "lịch sử sống" quy mô nhỏ nhưng có hồn, trưng bày ảnh, hiện vật, thư tay, quân trang cũ, sổ tay, nhật ký, bản đồ, kỷ vật đời lính gắn với câu chuyện của chính những người đang được chăm sóc tại trung tâm. Đây là giải pháp tối ưu vì không đòi hỏi đầu tư lớn, nhưng tạo ra một nền cảnh rất mạnh cho giáo dục truyền thống. Học sinh đến đây không chỉ "xem đồ vật", mà được biết vật ấy thuộc về ai, trong hoàn cảnh nào, và hôm nay người chủ của ký ức ấy đang sống ra sao. Lúc đó, lịch sử được nối thẳng từ quá khứ đến hiện tại.

Hợp phần thứ ba là **tiết học ngoại khóa tại trung tâm**. Thay vì chỉ mời nhân chứng đến trường, có thể tổ chức những chuyến học tập ngắn cho học sinh, sinh viên đến chính trung tâm điều dưỡng. Tại đây, các em không chỉ nghe kể chuyện mà còn quan sát môi trường chăm sóc, tìm hiểu đời sống hiện tại của Người có công, tham gia hoạt động tương tác nhẹ như đọc thư, xem nhật ký, cùng chăm vườn, cùng làm album ký ức, cùng ghi chép câu chuyện. Mô hình này rất giàu giá trị vì nó giúp người trẻ hiểu rằng tri ân không chỉ là nhớ về chiến tranh, mà còn là biết quan tâm đến cuộc sống hiện tại của những người đã đi qua chiến tranh.

Hợp phần thứ tư là **người có công trong vai trò "giảng viên ký ức"**. Đây là một cách gọi có chủ đích nhằm nâng vị thế của họ từ "khách mời phát biểu" lên "người trao truyền tri thức sống". Không phải ai cũng có khả năng nói trước đông người, nhưng những người phù hợp có thể được bồi dưỡng kỹ năng kể chuyện, cách chọn chi tiết, cách giao tiếp với

người trẻ, cách truyền cảm hứng mà không lên gân. Một số người có công hoàn toàn có thể trở thành những "gương mặt giáo dục truyền thống" thường xuyên của địa phương hoặc của trung tâm. Điều này vừa tạo vai trò xã hội mới cho họ, vừa giúp hệ thống chăm sóc không nhìn họ như người thụ hưởng đơn thuần.

Hợp phần thứ năm là **số hóa và mở rộng không gian học tập**. Những câu chuyện, hiện vật, hình ảnh, bài kể có thể được số hóa thành video ngắn, hồ sơ âm thanh, thư viện số, triển lãm trực tuyến, tập san học đường, hoặc chuyên mục giáo dục địa phương. Đây là giải pháp đặc biệt thông minh vì nó giúp giá trị của "trường học lịch sử sống" không bị giới hạn trong bức tường trung tâm. Một câu chuyện được kể trong phòng sinh hoạt hôm nay có thể ngày mai trở thành học liệu cho một lớp học ở nơi khác. Như vậy, chăm sóc Người có công đồng thời trở thành đầu tư cho giáo dục công dân.

Điều quan trọng là mọi hoạt động giáo dục này phải đặt Người có công vào vị thế **được tôn trọng và chủ động**. Không nên biến họ thành "đạo cụ xúc động" cho các chương trình tuyên truyền. Họ có quyền chọn kể hay không kể, kể phần nào, kể với ai, và dừng lại khi cần. Một mô hình đúng không khai thác ký ức của họ; nó tạo điều kiện để ký ức ấy được cất lên trong tôn nghiêm. Chính sự tôn trọng này mới làm cho "trường học lịch sử sống" thực sự có đạo đức và bền vững.

Nếu được triển khai bài bản, mô hình này đem lại lợi ích trên nhiều lớp. Đối với Người có công, nó phục hồi cảm giác hữu ích, giữ cho ký ức của họ tiếp tục sống, giảm cô đơn, tăng niềm tự hào và làm giàu đời sống tinh thần. Đối với thế hệ trẻ, nó mang lại một loại giáo dục rất khó thay thế: giáo dục bằng sự thật sống và xúc cảm thật. Đối với xã hội, nó làm cho tri ân bớt hình thức và trở thành một dòng chảy liên tục giữa ký ức lịch sử với đạo đức hiện tại. Đối với chính trung tâm điều dưỡng, nó nâng cấp chức năng của trung tâm từ nơi chăm sóc thuần túy thành một thiết chế văn hóa – giáo dục có giá trị cộng đồng sâu rộng.

8.2. Kết nối thế hệ: Mô hình giao lưu giáo dục giữa thanh thiếu niên và thương bệnh binh

Một trong những thách thức lớn của xã hội hiện đại là khoảng cách thế hệ ngày càng rộng. Người trẻ sống trong nhịp nhanh, công nghệ số, thông tin ngắn, trải nghiệm tức thời; người lớn tuổi, nhất là những người đã đi qua chiến tranh, sống chậm hơn, sâu hơn, gắn với ký ức dài và những giá trị có khi không còn được nhắc nhiều trong đời sống hiện đại. Nếu không có những cây cầu chủ động, hai thế giới ấy rất dễ đi song song mà ít thực sự gặp nhau. Kết quả là người trẻ thiếu chiều sâu lịch sử và lòng biết ơn cụ thể; còn Người có công dễ rơi vào cảm giác lạc lõng, như thể phần ý nghĩa nhất của đời mình thuộc về một thời đại đã qua.

Bởi vậy, **kết nối thế hệ** không chỉ là hoạt động xã hội đẹp đẽ, mà phải được nhìn như một giải pháp chiến lược của trụ cột "Tuệ". Đây là nơi giá trị được truyền, ký ức được trao, tinh

thần được nâng đỡ, và cả hai phía cùng được chữa lành. Người trẻ nhận được bài học sống; Người có công nhận lại cảm giác được lắng nghe, được trân trọng và được tiếp tục hiện diện trong tiến trình hình thành nhân cách xã hội.

Tuy nhiên, để kết nối thế hệ hiệu quả, không thể chỉ dừng ở các chuyến thăm hỏi ngắn, phát quà, văn nghệ rồi chụp ảnh lưu niệm. Những hoạt động ấy có thể có ý nghĩa nhất thời, nhưng thường chưa đủ sâu để tạo ra sự chuyển hóa thật. Điều cần thiết là xây dựng **mô hình giao lưu giáo dục có thiết kế**, trong đó sự gặp gỡ được tổ chức có mục tiêu, có nội dung, có nhịp điệu lặp lại và có cơ chế lưu giữ kết quả.

Có thể hình dung mô hình này trên nền tảng bốn nguyên tắc.

Nguyên tắc thứ nhất là **gặp gỡ thường xuyên hơn là phong trào**. Một lần đến thăm vào dịp 27/7 có thể tạo xúc động, nhưng khó xây dựng quan hệ. Nếu mỗi trường, mỗi đoàn thanh niên, mỗi câu lạc bộ sinh viên có một chương trình kết nối định kỳ với một trung tâm điều dưỡng hoặc một nhóm Người có công cụ thể, sự gắn bó sẽ sâu dần theo thời gian. Khi gặp lại nhiều lần, người trẻ không còn đến với tâm thế "đi làm công tác", mà bắt đầu hình thành một mối quan tâm thật. Còn Người có công cũng không còn cảm thấy mình chỉ được nhớ đến theo mùa kỷ niệm.

Nguyên tắc thứ hai là **tương tác hai chiều hơn là diễn thuyết một chiều**. Nếu giao lưu chỉ là một bên nói, một bên nghe, hiệu quả sẽ hạn chế. Cần tạo các hình thức tương tác để người trẻ hỏi, cùng làm, cùng ghi lại, cùng phản tư. Ví dụ: mỗi nhóm học sinh chuẩn bị câu hỏi trước; mỗi buổi gặp kết thúc bằng một sản phẩm nhỏ như nhật ký học tập, bài cảm nhận, bản đồ ký ức, tranh minh họa, video ngắn, podcast, bức thư gửi lại; hoặc người trẻ cùng Người có công làm chung một việc như trồng cây, số hóa ảnh cũ, sắp xếp kỷ vật, làm cuốn "lịch sử gia đình". Khi có lao động cảm xúc và trí tuệ chung, kết nối sẽ bền hơn rất nhiều.

Nguyên tắc thứ ba là **học bằng dự án thay vì chỉ nghe kể**. Đây là một giải pháp rất tối ưu cho bối cảnh giáo dục hiện nay. Mỗi nhóm thanh thiếu niên có thể thực hiện một dự án nhỏ gắn với một Người có công hoặc một nhóm nhân chứng: làm hồ sơ ký ức, biên tập câu chuyện đời lính, dựng video, vẽ truyện tranh lịch sử, thiết kế triển lãm mini, làm podcast "ông kể cháu nghe", xây cây gia phả ký ức, ghi lại địa danh chiến trường trên bản đồ số, hoặc viết bộ tư liệu "lịch sử sống của phường/xã". Cách làm này giúp giáo dục truyền thống không trôi qua như một cảm xúc ngắn, mà kết tinh thành sản phẩm trí tuệ có thể lan tỏa.

Nguyên tắc thứ tư là **coi trọng cảm xúc thật hơn nghi lễ hình thức**. Người trẻ rất nhạy cảm với những gì bị sắp đặt quá mức. Người có công cũng dễ mệt nếu phải tham gia những chương trình quá dài, quá khuôn mẫu. Vì vậy, mô hình giao lưu tối ưu nên nhẹ về nghi thức, nặng về thực chất. Một cuộc gặp nhóm nhỏ dưới gốc cây, trong phòng ký ức,

bên bàn trà, đôi khi giá trị hơn một hội trường đông người với nhiều bài phát biểu. Một câu hỏi chân thành của một học sinh có thể khơi mở cuộc đối thoại ý nghĩa hơn một bài dẫn chương trình dài dòng. Sự chân thực chính là chìa khóa.

Từ các nguyên tắc đó, có thể đề xuất một số mô hình thực thi phù hợp.

Mô hình thứ nhất là **"Một lớp học – một nhân chứng đồng hành"**. Mỗi lớp học hoặc chi đoàn kết nối lâu dài với một Người có công hoặc một nhóm nhỏ trong địa bàn. Trong năm học, lớp không chỉ đến thăm một lần mà duy trì nhiều điểm chạm: thăm định kỳ, phỏng vấn ký ức, gửi thư tay, mời tham dự hoạt động trường, làm sản phẩm học tập chung. Mô hình này giúp hình thành mối quan hệ có chiều sâu, thay vì những lần gặp thoáng qua.

Mô hình thứ hai là **"Nhật ký đối thoại thế hệ"**. Mỗi học sinh hoặc nhóm học sinh được giao nhiệm vụ ghi lại một cuộc trò chuyện với Người có công theo chủ đề: tuổi trẻ và trách nhiệm, nỗi sợ và lòng dũng cảm, đồng đội, quê hương, mất mát, hy vọng, hòa bình. Sau đó các em viết lại điều mình học được, còn Người có công có thể phản hồi hoặc bổ sung. Qua vài vòng đối thoại, cả hai phía cùng cảm nhận được tiến trình hiểu nhau sâu dần. Đây là một mô hình rất tinh tế và tiết kiệm, nhưng hiệu quả về giáo dục nhân cách rất cao.

Mô hình thứ ba là **"Ngày làm con cháu đồng đội"**. Thay vì tổ chức thăm hỏi theo kiểu nghi thức, thanh thiếu niên tham gia một ngày đồng hành thực chất tại trung tâm: cùng chuẩn bị không gian, cùng trò chuyện, cùng ăn bữa cơm, cùng đọc thư, cùng xem ảnh cũ, cùng đi dạo, cùng hỗ trợ những việc nhẹ phù hợp. Tên gọi "con cháu đồng đội" gợi đúng tinh thần Việt Nam: thế hệ sau tiếp nối tình nghĩa của những người đã từng kề vai trong chiến tranh. Mô hình này giúp cảm xúc tri ân đi vào hành vi cụ thể.

Mô hình thứ tư là **câu lạc bộ liên thế hệ**. Có thể thành lập những câu lạc bộ nhỏ giữa trung tâm điều dưỡng với trường học hoặc đoàn thanh niên địa phương, hoạt động theo chuyên đề như kể chuyện lịch sử, làm thơ nhạc ký ức, công nghệ hỗ trợ người cao tuổi, số hóa kỷ vật, viết hồi ký mini, chăm sóc cây và vườn ký ức. Câu lạc bộ là hình thức rất phù hợp vì tạo sự lặp lại tự nhiên, không quá nặng tổ chức nhưng đủ bền để hình thành cộng đồng tinh thần.

Mô hình thứ năm là **kết nối số nhân văn**. Trong bối cảnh người trẻ quen môi trường số, có thể phát triển các hình thức giao lưu trực tuyến vừa phải nhưng giàu ý nghĩa: thư viện video ký ức, bản đồ số câu chuyện chiến trường, chuỗi podcast liên thế hệ, thư điện tử hoặc video chúc mừng vào dịp đặc biệt, album ảnh "kể chuyện bằng hình". Tuy nhiên, công nghệ chỉ nên là công cụ nối dài, không thay thế hoàn toàn gặp gỡ trực tiếp. Cốt lõi của kết nối thế hệ vẫn phải là sự hiện diện người với người.

Một lợi ích rất lớn của mô hình giao lưu giáo dục là nó tạo ra **giá trị hai chiều cân bằng**. Người trẻ nhận được vốn sống, chiều sâu lịch sử, cảm hứng đạo đức và bài học về trách nhiệm công dân. Người có công nhận lại năng lượng từ sự hiện diện của tuổi trẻ, niềm vui khi được chia sẻ, cảm giác đời mình còn tiếp tục có tiếng vọng. Chính tính hai chiều này làm cho mô hình bền vững hơn các hoạt động từ thiện một chiều. Nó không đặt ai ở vị thế thấp hơn; mỗi bên đều có cái để trao.

Đối với hệ thống chăm sóc, đây cũng là một giải pháp tối ưu về mặt xã hội học. Nó giúp trung tâm điều dưỡng không bị cô lập khỏi cộng đồng; giúp xã hội nhìn Người có công như những "người thầy đời sống", không chỉ là những người cần hỗ trợ; giúp thanh thiếu niên bước ra khỏi giáo dục lý thuyết để tiếp cận lịch sử bằng xúc cảm và trách nhiệm. Nói cách khác, mô hình này vừa chăm sóc người đi trước, vừa bồi dưỡng người đi sau.

Kết luận chương

Trụ cột "Tuệ" cho thấy đích đến cao nhất của chăm sóc Người có công không chỉ là làm cho họ sống lâu hơn hay bớt đau hơn, mà còn là giúp họ **tiếp tục tỏa sáng như những chủ thể của ký ức, của giáo dục và của kết nối xã hội**. Khi Người có công được mời tham gia trao truyền giá trị, họ không còn đứng ở rìa của đời sống cộng đồng; họ trở lại vị trí xứng đáng của những người góp phần hình thành đạo đức công dân và bản sắc dân tộc.

Hai hướng đi của chương này tạo thành một logic rất rõ. **Biến trung tâm điều dưỡng thành "trường học lịch sử sống"** giúp ký ức chiến tranh và trải nghiệm cống hiến được chuyển hóa thành học liệu sống động cho xã hội. **Xây dựng mô hình giao lưu giáo dục giữa thanh thiếu niên và thương bệnh binh** giúp cây cầu giữa các thế hệ không chỉ được dựng lên trong ngày kỷ niệm, mà trở thành dòng tương tác bền bỉ, sâu sắc và có tính giáo dục lâu dài.

Nhìn ở bình diện chiến lược, trụ cột "Tuệ" chính là bước hoàn chỉnh của mô hình "Thân – Tâm – Tuệ". Nếu "Thân" gìn giữ sự sống, "Tâm" chữa lành đời sống tinh thần, thì "Tuệ" làm cho cuộc sống ấy tiếp tục có ý nghĩa, có ảnh hưởng và có khả năng lan tỏa ra xã hội. Đây là trụ cột giúp tri ân vượt qua giới hạn của sự chăm sóc khép kín để trở thành một quá trình trao truyền văn hóa, đạo đức và ký ức dân tộc. Khi đó, Người có công không chỉ được chăm sóc bởi đất nước; chính họ cũng tiếp tục chăm sóc đời sống tinh thần của đất nước theo một cách sâu xa và bền vững hơn bất kỳ diễn văn nào có thể diễn đạt.

Bảng 3.1. Cấu trúc tổng thể mô hình chăm sóc toàn diện "Thân – Tâm – Tuệ"

Trụ cột	Mục tiêu trung tâm	Nội dung cốt lõi	Công cụ / giải pháp chủ yếu	Kết quả kỳ vọng
THÂN	Bảo vệ, phục hồi và nâng	Quản lý hồ sơ sức khỏe, điều trị	Bệnh án điện tử trọn đời, phục hồi chức năng	Sức khỏe ổn định hơn, giảm đau,

Trụ cột	Mục tiêu trung tâm	Nội dung cốt lõi	Công cụ / giải pháp chủ yếu	Kết quả kỳ vọng
	cao sức khỏe thể chất	bệnh, phục hồi chức năng, dinh dưỡng, chăm sóc giảm nhẹ	chuyên sâu, kết hợp y học cổ truyền và hiện đại, telehealth, chăm sóc giảm nhẹ	tăng khả năng vận động, giảm biến chứng, nâng cao chất lượng sống
TÂM	Chữa lành tinh thần, giảm cô đơn, củng cố phẩm giá và cảm giác được tôn trọng	Liệu pháp ký ức, hỗ trợ tâm lý, môi trường chữa lành, công tác xã hội, văn hóa ứng xử nhân văn	Kể chuyện chiến trường, không gian xanh trị liệu, nhóm sinh hoạt cộng đồng, văn hóa "Kính – Trọng – Thương", kết nối gia đình	Tinh thần ổn định hơn, tăng cảm giác được yêu quý, giảm cô lập, tăng hợp tác điều trị
TUỆ	Khơi dậy giá trị sống, vai trò xã hội và năng lực lan tỏa của Người có công	Giáo dục truyền thống, đối thoại liên thế hệ, lưu giữ ký ức, tham gia cộng đồng	Trường học lịch sử sống, giao lưu thanh thiếu niên – thương bệnh binh, số hóa ký ức, hoạt động truyền thống	Người có công tiếp tục cảm thấy có ích, ký ức được trao truyền, giá trị tri ân lan tỏa bền vững
NỀN TẢNG VẬN HÀNH	Bảo đảm mô hình hoạt động hiệu quả, liên tục và có thể nhân rộng	Nhân lực đặc thù, chuyển đổi số, quản trị thông minh, tiêu chí chất lượng, phối hợp đa ngành	Đào tạo liên tục, Telehealth, quản lý tinh gọn, bộ tiêu chí trung tâm đạt chuẩn, lộ trình nâng cấp hệ thống	Hệ thống chăm sóc chuyên nghiệp hơn, liên thông hơn, thuận tiện hơn và bền vững hơn

TIỂU KẾT PHẦN III

Phần III đã chuyển trọng tâm của toàn bộ công trình từ bình diện nhận thức và tham chiếu sang bình diện kiến tạo mô hình. Nếu những phần trước đặt ra câu hỏi vì sao phải đổi mới công tác chăm sóc Người có công và cần học gì từ thế giới, thì Phần III trả lời trực diện câu hỏi quan trọng hơn: **đổi mới theo mô hình nào, với triết lý nào, và bằng những trụ cột nào để vừa phù hợp với Việt Nam, vừa đủ tầm nhìn cho tương lai**. Từ đó, mô hình chăm sóc toàn diện **"Thân – Tâm – Tuệ"** được xác lập như một đề án chiến lược, không chỉ nhằm nâng cấp dịch vụ chăm sóc, mà nhằm tái định nghĩa chính cách xã hội tri ân những người đã cống hiến cho đất nước.

Điểm cốt lõi của Phần III là khẳng định rằng chăm sóc Người có công không thể tiếp tục bị hiểu theo nghĩa hẹp là nuôi dưỡng, điều dưỡng hay hỗ trợ y tế theo đợt. Trong bối cảnh già hóa dân số, đa bệnh lý, suy giảm chức năng, cô đơn tinh thần và nhu cầu sống có ý nghĩa ngày càng rõ nét, mô hình chăm sóc tương lai phải được thiết kế như một **hệ sinh thái liên hoàn**, nơi sức khỏe thể chất, đời sống tinh thần và năng lực tham gia xã hội của Người có công được nhìn nhận như ba chiều không thể tách rời. Chính từ nhận thức đó, ba trụ cột "Thân – Tâm – Tuệ" không xuất hiện như ba mảng công việc song song, mà như ba lớp nâng đỡ của cùng một triết lý phụng sự.

Ở **trụ cột "Thân"**, Phần III nhấn mạnh vai trò nòng cốt của y học, nhưng là một nền y học vượt ra ngoài logic điều trị phân mảnh. Việc đề xuất xây dựng **bệnh án điện tử trọn đời** cho từng thương bệnh binh là bước đi quan trọng để chuyển từ chăm sóc theo đợt sang chăm sóc liên tục, cá thể hóa và có ký ức hệ thống. Cùng với đó, định hướng **phục hồi chức năng chuyên sâu** cho thấy chăm sóc không chỉ là kéo dài sự sống, mà còn là trả lại tối đa năng lực sống, bằng sự kết hợp thông minh giữa y học cổ truyền bản địa và công nghệ phục hồi hiện đại. Ở chiều sâu nhất, **chăm sóc giảm nhẹ** được đưa vào như một cấu phần không thể thiếu, nhấn mạnh rằng tri ân không kết thúc khi y học không còn chữa khỏi, mà tiếp tục trong việc giúp người lính đi qua chặng cuối đời bằng sự thanh thản và tôn nghiêm.

Ở **trụ cột "Tâm"**, Phần III mở rộng khái niệm chăm sóc sang vùng sâu của ký ức, cảm xúc và phẩm giá. **Liệu pháp ký ức** cho thấy ký ức chiến trường không chỉ là ký ức đau thương, mà còn có thể trở thành nguồn lực chữa lành, khơi dậy niềm tự hào và phục hồi cảm giác hữu ích của Người có công thông qua các hoạt động kể chuyện, hồi cố và trao truyền trải nghiệm sống. **Môi trường chữa lành** khẳng định rằng không gian kiến trúc, cảnh quan xanh, nhịp sống cộng đồng và bầu khí cảm xúc trong cơ sở chăm sóc đều là những yếu tố trị liệu tinh thần quan trọng, có thể tạo ra tác động sâu bền với chi phí hợp lý. Đặc biệt, việc đề xuất văn hóa ứng xử **"Gia đình binh chủng"** với ba giá trị "Kính – Trọng – Thương" đã đặt nền cho một đạo đức chăm sóc rất Việt Nam: vừa chuyên nghiệp, vừa gần gũi, vừa bảo đảm nhân phẩm trong từng tương tác hằng ngày.

Ở **trụ cột "Tuệ"**, Phần III hoàn chỉnh mô hình bằng một bước phát triển rất mới: đưa Người có công từ vị trí thụ hưởng trở lại vị trí **chủ thể trao truyền giá trị**. Ý tưởng biến trung tâm điều dưỡng thành **"trường học lịch sử sống"** cho thấy các cơ sở chăm sóc không chỉ là nơi điều dưỡng, mà còn có thể trở thành thiết chế văn hóa – giáo dục đặc biệt, nơi lịch sử được kể bằng con người thật, ký ức thật và trải nghiệm thật. Đồng thời, mô hình **kết nối thế hệ** giữa thanh thiếu niên và thương bệnh binh đã mở ra một không gian đối thoại mới, trong đó tri ân không còn dừng lại ở thăm hỏi hay tưởng niệm hình thức, mà trở thành một tiến trình giao lưu, học hỏi, đồng hành và trao truyền đạo đức công dân giữa các thế hệ.

Nhìn tổng thể, Phần III đã làm nổi bật một luận điểm trung tâm: **một mô hình chăm sóc tốt cho Người có công không chỉ là mô hình chữa bệnh hiệu quả, mà là mô hình giúp con người sống trọn vẹn hơn trong cả ba chiều thân thể, tinh thần và ý nghĩa tồn tại**. Sức mạnh của mô hình "Thân – Tâm – Tuệ" nằm ở chỗ nó dung hòa được ba yêu cầu tưởng như khó gặp nhau: hiện đại về tổ chức, nhân văn về triết lý và khả thi trong điều kiện Việt Nam. Nó không tuyệt đối hóa công nghệ, nhưng biết dùng công nghệ để cá thể hóa chăm sóc. Nó không thần tượng hóa cảm xúc, nhưng đặt cảm xúc đúng vào vị trí của một năng lực chữa lành. Nó không dừng ở việc an ủi Người có công, mà còn mở đường để chính họ tiếp tục lan tỏa trí tuệ, ký ức và giá trị sống cho xã hội.

Phần III cũng cho thấy một bước chuyển rất quan trọng trong tư duy chính sách: từ cách tiếp cận **phúc lợi – hỗ trợ** sang cách tiếp cận **phát triển con người – kiến tạo hệ sinh thái chăm sóc**. Trong mô hình này, trung tâm điều dưỡng không chỉ là nơi cung ứng dịch vụ; đó là trung tâm điều phối chăm sóc. Nhân viên không chỉ là người làm nhiệm vụ; họ là những người đồng hành chuyên nghiệp. Gia đình không đứng ngoài; họ là đối tác chăm sóc. Cộng đồng không chỉ đến thăm; họ là một phần của mạng lưới nâng đỡ. Và Người có công không chỉ là đối tượng thụ hưởng; họ là trung tâm của cả hệ thống, đồng thời là nguồn giá trị tiếp tục nuôi dưỡng đời sống tinh thần quốc gia.

Có thể nói, Phần III chính là phần kết tinh rõ nhất tư tưởng của toàn bộ công trình: **tri ân phải được thể chế hóa thành một mô hình chăm sóc có cấu trúc, có chiều sâu nhân văn, có khả năng đo lường hiệu quả và có sức lan tỏa xã hội**. Bởi lòng biết ơn, nếu chỉ dừng ở cảm xúc, sẽ dễ mờ theo thời gian; nhưng khi được chuyển hóa thành thiết chế, thành văn hóa phục vụ, thành hệ thống chăm sóc và thành những mối liên kết liên thế hệ, nó sẽ trở thành một năng lực bền vững của quốc gia.

Ở ý nghĩa đó, Phần III không chỉ là phần "đề án giải pháp" của cuốn sách, mà còn là lời khẳng định rằng Việt Nam hoàn toàn có thể xây dựng một mô hình chăm sóc Người có công mang bản sắc riêng: **một mô hình vừa thấm đẫm đạo lý "Uống nước nhớ nguồn", vừa tiếp thu tinh hoa quản trị hiện đại, vừa đủ mềm để ôm lấy con người, vừa đủ vững để đi cùng đất nước trong chặng đường già hóa dân số và phát triển bền vững**. Đây chính là nền tảng để từ đây bước tiếp sang những phần sau với một niềm tin rõ ràng hơn: tri ân, khi được kiến tạo đúng, không chỉ chữa lành cho người đã hy sinh, mà còn bồi đắp phẩm chất nhân văn cho cả xã hội.

PHẦN IV. QUẢN TRỊ HỆ THỐNG VÀ KIẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH

(Góc nhìn Lãnh đạo & Kiến trúc sư hệ thống)

Nếu Phần III trả lời câu hỏi **chúng ta cần xây dựng mô hình chăm sóc Người có công như thế nào**, thì Phần IV đi vào một tầng sâu và khó hơn: **ai sẽ vận hành mô hình ấy, vận hành bằng cơ chế nào, phối hợp ra sao, đo lường thế nào, và phải thay đổi chính sách ở đâu để mô hình không chỉ đúng trên giấy mà có thể sống được trong thực tiễn**. Bởi trong mọi cải cách xã hội, ý tưởng tốt mới chỉ là điểm khởi đầu; điều quyết định thành bại sau cùng luôn là năng lực quản trị hệ thống.

Lịch sử phát triển cho thấy rất nhiều mô hình nhân văn đã dừng lại ở mức khát vọng không phải vì thiếu thiện chí, mà vì thiếu kiến trúc vận hành. Một chủ trương đúng có thể bị làm mờ đi bởi cơ chế phối hợp rời rạc. Một mô hình tốt có thể bị triệt tiêu bởi phân cấp không rõ ràng, thiếu dữ liệu, thiếu tiêu chí đánh giá, hoặc thiếu một trung tâm điều phối đủ mạnh để kết nối các nguồn lực. Trong lĩnh vực chăm sóc Người có công, nguy cơ ấy càng rõ. Bởi đây là một lĩnh vực nằm ở giao điểm của nhiều hệ thống: y tế, an sinh xã hội, phục hồi chức năng, công tác xã hội, tài chính công, chính quyền địa phương, tổ chức đoàn thể, gia đình và cộng đồng. Nếu không có một tư duy quản trị liên ngành và một kiến trúc điều hành nhất quán, các nỗ lực tốt rất dễ bị phân tán thành nhiều mảnh việc nhỏ, thiếu đồng bộ, khó đo hiệu quả và khó nhân rộng.

Chính vì vậy, Phần IV được đặt trong **góc nhìn của nhà lãnh đạo và kiến trúc sư hệ thống**. Ở đây, vấn đề không còn chỉ là chăm sóc từng cá nhân đúng cách, mà là **thiết kế một hệ sinh thái có thể vận hành bền vững ở quy mô quốc gia và địa phương**. Nhà lãnh đạo nhìn thấy mục tiêu, ưu tiên và động lực thay đổi; kiến trúc sư hệ thống nhìn thấy cấu trúc, dòng chảy, điểm nghẽn và cơ chế phối hợp. Chỉ khi hai góc nhìn ấy gặp nhau, công tác chăm sóc Người có công mới có thể đi từ đạo lý sang thể chế, từ sáng kiến sang chuẩn mực, từ mô hình thí điểm sang chính sách công có sức sống lâu dài.

Từ điểm nhìn này, Phần IV sẽ không dừng ở những kiến nghị chung chung. Mục tiêu của phần này là chỉ ra rằng một hệ thống chăm sóc hiện đại cho Người có công cần được quản trị như một **chuỗi giá trị liên thông**, chứ không phải như tập hợp các đơn vị làm việc song song. Mỗi cấu phần — từ trung tâm điều dưỡng, bệnh viện, y tế cơ sở, cơ quan lao động – thương binh và xã hội, tổ chức hội, gia đình, cộng đồng, cho đến nền tảng dữ liệu và cơ chế tài chính — đều phải được đặt đúng vị trí trong một bản thiết kế tổng thể. Khi đó, điều quan trọng không chỉ là mỗi mắt xích làm tốt phần việc của mình, mà là **toàn hệ thống có chuyển động cùng một hướng hay không**.

Một nội dung xuyên suốt của phần này là chuyển từ tư duy quản lý hành chính sang tư duy **quản trị kết quả**. Trong mô hình cũ, hệ thống thường quan tâm nhiều đến chỉ tiêu đầu vào: bao nhiêu lượt điều dưỡng, bao nhiêu suất hỗ trợ, bao nhiêu giường bệnh, bao nhiêu kinh phí đã cấp. Nhưng trong một mô hình chăm sóc hiện đại, những câu hỏi quan trọng hơn phải là: Người có công sống khỏe hơn bao nhiêu, tự chủ hơn bao nhiêu, ít cô đơn hơn bao nhiêu, gia đình được giảm gánh nặng ra sao, chất lượng sống thay đổi thế

nào, và cộng đồng đã tham gia sâu đến mức nào. Nói cách khác, Phần IV đặt ra yêu cầu phải tái cấu trúc cả **hệ quy chiếu đánh giá thành công** của chính sách.

Phần này cũng xuất phát từ một nhận thức rất thực tế: không có mô hình nào bền nếu thiếu nền tài chính hợp lý, thiếu nhân lực đủ chuẩn, thiếu dữ liệu đáng tin cậy, và thiếu cơ chế phối hợp đủ rõ để tránh chồng chéo trách nhiệm. Một hệ thống chăm sóc Người có công muốn phát triển lâu dài không thể chỉ dựa vào nhiệt tình cá nhân, vào những cơ sở điểm sáng lẻ tẻ, hay vào các đợt vận động mang tính phong trào. Nó cần được nâng đỡ bởi **thể chế**, **chuẩn dịch vụ**, **quy trình liên ngành**, **công cụ giám sát**, và **cam kết chính sách ổn định**. Chính ở đây, vai trò của lãnh đạo không chỉ là ban hành chủ trương, mà là kiến tạo môi trường để hệ thống có thể học hỏi, thích nghi và cải tiến liên tục.

Một điểm rất quan trọng khác là Phần IV không nhìn chính sách như những mệnh lệnh áp xuống, mà như một cấu trúc tạo điều kiện cho đổi mới ở cơ sở. Chính sách tốt không phải là chính sách nói thay hết cho thực tiễn, mà là chính sách mở ra khuôn khổ để địa phương, cơ sở chăm sóc và đội ngũ chuyên môn có thể sáng tạo trong giới hạn chuẩn mực rõ ràng. Vì vậy, kiến nghị chính sách trong phần này sẽ hướng tới hai mục tiêu song song: **tạo sự thống nhất chiến lược ở cấp quốc gia** và **bảo đảm tính linh hoạt thực thi ở cấp cơ sở**. Đây là điều đặc biệt quan trọng với Việt Nam, nơi điều kiện vùng miền, năng lực địa phương và cấu trúc dân cư rất khác nhau.

Ở bình diện sâu hơn, Phần IV là nơi cuốn sách bước từ ngôn ngữ của chăm sóc sang ngôn ngữ của kiến trúc thể chế. Nếu Phần I là nền đạo lý, Phần II là tầm nhìn quốc tế, Phần III là thiết kế mô hình, thì Phần IV là câu trả lời cho bài toán quyền lực tổ chức: **làm thế nào để điều đúng không chỉ được hiểu, mà được thực thi; không chỉ được thực thi, mà được duy trì; không chỉ được duy trì, mà còn có thể mở rộng và nâng chuẩn theo thời gian**. Đây chính là chặng đường mà mọi cải cách nhân văn đều phải đi qua nếu muốn trở thành một di sản chính sách chứ không chỉ là một ý tưởng đẹp.

Xin bước vào Phần IV với một tinh thần rất khác: không chỉ nhìn Người có công như trung tâm của chăm sóc, mà còn nhìn toàn bộ hệ thống như một công trình cần được thiết kế lại bằng tư duy lãnh đạo hiện đại. Bởi suy cho cùng, tri ân ở tầm quốc gia không chỉ đo bằng tình cảm xã hội, mà còn đo bằng khả năng tổ chức của nhà nước và cộng đồng. Và chỉ khi lòng biết ơn được đặt trên một nền quản trị đủ thông minh, đủ kỷ cương và đủ nhân văn, nó mới có thể trở thành sức mạnh bền vững của thể chế.

CHƯƠNG 9. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC ĐẶC THÙ

Trong mọi mô hình chăm sóc, cơ sở vật chất có thể tạo nên hình hài, công nghệ có thể tạo nên năng lực, quy trình có thể tạo nên trật tự; nhưng **con người** mới là yếu tố quyết định tạo nên linh hồn và chất lượng thực sự của hệ thống. Điều này đặc biệt đúng trong lĩnh

vực chăm sóc Người có công. Bởi ở đây, đối tượng phục vụ không chỉ cần dịch vụ y tế hay an sinh theo nghĩa thông thường, mà cần một hình thức chăm sóc kết hợp giữa điều trị, phục hồi, nâng đỡ tinh thần, tôn trọng phẩm giá và gìn giữ đạo lý tri ân. Một hệ thống như vậy không thể vận hành tốt nếu chỉ có đội ngũ "đủ người làm việc". Nó cần một **nguồn nhân lực đặc thù**: vừa có chuyên môn y học, vừa có năng lực xã hội, vừa có tâm thế phụng sự, vừa đủ bản lĩnh để bền bỉ với một lĩnh vực đòi hỏi nhiều hy sinh thầm lặng.

Thực tế cho thấy, nhiều cải cách thất bại không phải vì mô hình sai, mà vì không có đội ngũ phù hợp để gánh mô hình ấy trên vai. Một chiến lược chăm sóc toàn diện "Thân – Tâm – Tuệ" sẽ chỉ dừng ở tầm ý tưởng nếu thiếu những con người có thể chuyển triết lý thành hành vi hằng ngày, chuyển quy trình thành trải nghiệm nhân văn, và chuyển lòng biết ơn của xã hội thành chất lượng phục vụ cụ thể. Trong lĩnh vực Người có công, nhân lực không chỉ là biến số vận hành; họ chính là **điểm chạm trực tiếp nhất của thể chế tri ân**. Người bệnh có thể không cảm nhận hết tư duy chiến lược phía sau hệ thống, nhưng họ cảm nhận rất rõ qua giọng nói, bàn tay, ánh mắt, sự kiên nhẫn và khả năng chuyên môn của người chăm sóc.

Chính vì vậy, phát triển nguồn nhân lực đặc thù phải được đặt ở vị trí trung tâm của quản trị hệ thống. Đây không chỉ là bài toán tuyển đủ bác sĩ, điều dưỡng hay kỹ thuật viên. Đây là bài toán **xây dựng chân dung nghề nghiệp**, **thiết kế chuẩn năng lực**, **tạo con đường đào tạo liên tục**, và **thiết lập cơ chế đãi ngộ đủ đặc thù** để những người giỏi thực sự muốn ở lại, cống hiến và trưởng thành trong lĩnh vực này. Nếu không giải được bài toán nhân lực, mọi đề án về dữ liệu, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ, liệu pháp ký ức hay kết nối cộng đồng đều khó có thể đi vào chiều sâu.

Từ góc nhìn ấy, Chương 9 tập trung vào hai nội dung cốt lõi. Thứ nhất, xác lập **chân dung cán bộ y tế ngành Lao động – Thương binh và Xã hội** như một mẫu hình nghề nghiệp riêng, được kết tinh trong công thức giàu hình tượng nhưng rất thực tiễn: **"Trái tim người Mẹ – Trí tuệ Bác sĩ – Kỷ luật người Lính"**. Thứ hai, đề xuất **cơ chế đào tạo liên tục và đãi ngộ đặc thù** để thu hút, giữ chân và phát triển nhân tài y khoa trong lĩnh vực chăm sóc Người có công. Có thể nói, đây là chương bàn về "con người của hệ thống" – những người sẽ quyết định mô hình chăm sóc có thực sự sống được hay không.

9.1. Chân dung cán bộ y tế ngành Lao động – Thương binh và Xã hội: "Trái tim người Mẹ – Trí tuệ Bác sĩ – Kỷ luật người Lính"

Trong bất kỳ lĩnh vực nào, muốn phát triển nhân lực bền vững, trước hết phải trả lời được một câu hỏi nền tảng: **chúng ta muốn đào tạo và tuyển chọn kiểu con người nào**. Khi chân dung nghề nghiệp không rõ, hệ thống sẽ dễ rơi vào tình trạng tuyển người theo bằng cấp nhưng không theo bản chất công việc; đánh giá người theo thủ tục nhưng không

theo năng lực thật; và đào tạo người theo chương trình chung nhưng không chạm vào phẩm chất đặc thù mà lĩnh vực đòi hỏi.

Đối với cán bộ y tế và đội ngũ chăm sóc trong ngành Lao động – Thương binh và Xã hội, chân dung ấy không thể sao chép nguyên vẹn từ mô hình bệnh viện đa khoa thông thường. Họ làm việc với một nhóm đối tượng rất riêng: thương binh, bệnh binh, Người có công, nhiều người cao tuổi, đa bệnh lý, suy giảm chức năng, mang tổn thương cơ thể lẫn tinh thần kéo dài, đồng thời có nhu cầu được đối xử với sự kính trọng đặc biệt. Môi trường làm việc của họ cũng đặc thù: không hoàn toàn là bệnh viện, cũng không đơn thuần là cơ sở bảo trợ xã hội; đó là một không gian giao thoa giữa y học, phục hồi chức năng, công tác xã hội, điều dưỡng dài hạn, chăm sóc tinh thần và đạo lý tri ân. Vì vậy, người làm nghề ở đây cần một cấu trúc phẩm chất rất riêng, có thể tóm gọn bằng ba hình ảnh: **trái tim người Mẹ, trí tuệ Bác sĩ, kỷ luật người Lính**.

Trái tim người Mẹ

Nói "trái tim người Mẹ" trước hết là để nhấn mạnh đến chiều sâu của **lòng chăm**, **sự nhẫn nại**, **khả năng nâng đỡ cảm xúc** và **tình thương có trách nhiệm**. Người có công, đặc biệt ở giai đoạn tuổi cao, bệnh nặng, suy giảm chức năng hay cuối đời, rất cần một kiểu hiện diện không chỉ đúng kỹ thuật mà còn ấm áp, dịu dàng và bền bỉ. Họ có thể lặp lại cùng một câu chuyện nhiều lần, thay đổi tâm trạng thất thường, mặc cảm vì phụ thuộc, khó hợp tác khi đau đớn, hoặc có những nhu cầu rất nhỏ nhưng giàu ý nghĩa về tâm lý. Nếu người chăm sóc chỉ có tay nghề mà thiếu sự dịu dàng, thì chăm sóc dễ trở thành thao tác; nếu chỉ có trách nhiệm hành chính mà thiếu sức chịu đựng cảm xúc, thì chăm sóc khó đi đến chiều sâu.

"Trái tim người Mẹ" ở đây không có nghĩa là ủy mị hay cảm tính. Nó là một năng lực nghề nghiệp rất thực tế: biết kiên nhẫn khi người bệnh chậm chạp; biết nhận ra nỗi buồn sau một câu gắt gỏng; biết giữ giọng nói mềm khi phải giải thích đi giải thích lại; biết nhận thấy một sự thay đổi nhỏ trong ánh mắt, giấc ngủ hay khẩu vị của người được chăm sóc; biết chăm chút những chi tiết tưởng như vụn vặt nhưng tạo nên cảm giác được yêu quý. Trong hệ thống chăm sóc Người có công, đây không phải phẩm chất phụ. Nó là một thành tố cốt lõi của chất lượng dịch vụ.

Quan trọng hơn, "trái tim người Mẹ" còn gắn với khả năng **giữ cho môi trường chăm sóc có hơi ấm gia đình**. Nhiều Người có công, dù ở trong cơ sở chuyên nghiệp, vẫn luôn cần cảm giác mình không bị bỏ rơi vào một cơ chế vô danh. Một cán bộ có phẩm chất này sẽ biết cách làm cho không gian chăm sóc bớt lạnh lẽo: nhớ tên, nhớ thói quen, nhớ ngày đặc biệt, biết hỏi han người thân, biết đặt mình vào cảm xúc của người bệnh và gia đình. Đó là thứ năng lực mà không thiết bị nào thay thế được.

Trí tuệ Bác sĩ

Nhưng chỉ có trái tim thôi chưa đủ. Một hệ thống tri ân hiện đại không thể xây trên lòng tốt đơn thuần; nó phải được đỡ bằng **tri thức chuyên môn vững vàng**, **tư duy lâm sàng**, **khả năng ra quyết định đúng**, và **năng lực cập nhật khoa học liên tục**. Vì vậy, phẩm chất thứ hai của cán bộ y tế ngành Lao động – Thương binh và Xã hội là "trí tuệ Bác sĩ".

Ở đây, "Bác sĩ" không chỉ dùng cho bác sĩ theo chức danh, mà tượng trưng cho tinh thần **làm việc dựa trên chứng cứ, hiểu cơ thể con người, biết phân tích tình huống phức tạp và biết phối hợp đa chuyên ngành**. Người có công thường không mắc một bệnh đơn lẻ. Họ có thể đồng thời mang di chứng chấn thương, bệnh mạn tính tuổi già, suy giảm vận động, đau kéo dài, rối loạn giấc ngủ, sa sút nhận thức nhẹ, trầm cảm, hoặc các nhu cầu phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ. Chính vì vậy, người làm nghề ở đây không thể chỉ chăm theo "đầu việc". Họ phải biết nhìn người bệnh như một chỉnh thể, biết ưu tiên vấn đề nào trước, vấn đề nào sau, khi nào cần chuyển tuyến, khi nào cần phục hồi, khi nào cần giảm nhẹ, khi nào cần gọi gia đình vào cùng tham gia.

"Trí tuệ Bác sĩ" còn là năng lực **cá thể hóa**. Không có hai Người có công nào giống hệt nhau, kể cả khi hồ sơ thương tật gần như tương đồng. Một cán bộ giỏi phải biết đọc ra sự khác biệt ấy: người này cần được tập trung quản lý đau; người kia cần ưu tiên phục hồi thăng bằng; người khác lại cần can thiệp vào suy dinh dưỡng, mất ngủ hay nguy cơ té ngã. Đây chính là chỗ mà chuyên môn biến tri ân thành hiệu quả thực tế.

Bên cạnh đó, "trí tuệ Bác sĩ" trong bối cảnh mới còn bao gồm cả **năng lực số và tư duy hệ thống**. Người làm việc trong lĩnh vực này cần biết sử dụng hồ sơ điện tử, đọc dữ liệu theo dõi, phối hợp với telehealth, làm việc liên thông giữa các tuyến, hiểu giá trị của đánh giá chức năng, của chăm sóc liên tục và của các chỉ số kết quả. Một đội ngũ chỉ mạnh ở tinh thần mà yếu ở tri thức sẽ không thể gánh được mô hình chăm sóc hiện đại.

Kỷ luật người Lính

Nếu "trái tim người Mẹ" là chiều ấm áp, "trí tuệ Bác sĩ" là chiều sáng suốt, thì "kỷ luật người Lính" là chiều bền vững và tin cậy. Làm việc với Người có công đòi hỏi sự tận tụy, nhưng tận tụy không thể thay cho kỷ luật. Một hệ thống chăm sóc chỉ thực sự đáng tin khi đội ngũ của nó làm việc đúng giờ, đúng quy trình, chuẩn xác trong thuốc men, nghiêm cẩn trong hồ sơ, nhất quán trong phối hợp và có khả năng chịu áp lực trong những tình huống khó. Đây chính là phẩm chất thứ ba.

"Kỷ luật người Lính" trong môi trường này mang ít nhất bốn ý nghĩa. Thứ nhất là **kỷ luật chuyên môn**: không tùy tiện trong dùng thuốc, không làm ẩu trong thủ thuật, không bỏ qua cảnh báo, không coi nhẹ quy trình an toàn. Thứ hai là **kỷ luật tổ chức**: tôn trọng cơ chế phối hợp, bàn giao đầy đủ, cập nhật hồ sơ, báo cáo trung thực, làm việc nhóm có trách nhiệm. Thứ ba là **kỷ luật cảm xúc**: biết giữ bình tĩnh trước áp lực, không cư xử cáu

gắt khi mệt mỏi, không để cảm xúc riêng phá vỡ chất lượng chăm sóc. Thứ tư là **kỷ luật đạo đức**: không để sự quen thân làm giảm chuẩn mực, không lợi dụng lòng tin của Người có công, không biến sự tri ân thành đặc quyền vụ lợi.

Ý nghĩa sâu hơn của "kỷ luật người Lính" là tạo ra một **phong thái nghề nghiệp đáng tin cậy**. Người có công thường có sự nhạy cảm đặc biệt với tác phong. Họ dễ cảm nhận được sự cẩu thả, thiếu nghiêm túc hoặc qua loa. Trái lại, họ cũng rất trân trọng những ai làm việc gọn gàng, chuẩn mực, có trước có sau, nói được làm được. Chính vì vậy, khi nhấn mạnh yếu tố "người Lính", chương này không phải để quân sự hóa nghề y, mà để nhấn mạnh tinh thần trách nhiệm, chính trực, bền bỉ và danh dự nghề nghiệp.

Sự hội tụ của ba phẩm chất

Điều quan trọng là ba phẩm chất này không tách rời nhau. Nếu chỉ có "trái tim người Mẹ" mà thiếu "trí tuệ Bác sĩ", người cán bộ có thể rất thương người bệnh nhưng xử lý tình huống không chuẩn xác. Nếu chỉ có "trí tuệ Bác sĩ" mà thiếu "trái tim người Mẹ", họ có thể giỏi kỹ thuật nhưng khiến người được chăm sóc thấy lạnh lẽo. Nếu chỉ có cả hai mà thiếu "kỷ luật người Lính", chất lượng sẽ không ổn định, dễ lệ thuộc vào cảm hứng cá nhân. Chân dung lý tưởng là sự hội tụ của cả ba: **mềm ở tâm, sáng ở trí, vững ở kỷ luật**.

Từ chân dung này, có thể đề xuất một bộ chuẩn năng lực cốt lõi cho nhân lực đặc thù ngành Lao động – Thương binh và Xã hội. Chuẩn thứ nhất là năng lực lâm sàng – điều dưỡng – phục hồi cơ bản. Chuẩn thứ hai là năng lực giao tiếp trị liệu và chăm sóc tinh thần. Chuẩn thứ ba là năng lực làm việc liên ngành với công tác xã hội, gia đình và cộng đồng. Chuẩn thứ tư là năng lực quản lý hồ sơ, dữ liệu và theo dõi liên tục. Chuẩn thứ năm là chuẩn đạo đức – văn hóa phục vụ mang tính tri ân. Khi có bộ chuẩn rõ, việc tuyển dụng, đào tạo, đánh giá và thăng tiến mới thoát khỏi tính hình thức.

9.2. Đào tạo liên tục và cơ chế đãi ngộ đặc thù để thu hút nhân tài y khoa

Khi chân dung nghề nghiệp đã được xác lập, câu hỏi tiếp theo là: **làm thế nào để tạo ra và giữ được những con người như vậy**. Đây là một bài toán khó, bởi lĩnh vực chăm sóc Người có công đòi hỏi cao nhưng thường không phải nơi hấp dẫn nhất đối với nhân tài y khoa nếu nhìn bằng lăng kính thuần túy thị trường. Khối lượng công việc có thể nặng nề, đòi hỏi cảm xúc lớn, đối tượng phức tạp, cơ hội danh tiếng nghề nghiệp không luôn nổi bật như ở các chuyên ngành kỹ thuật cao, trong khi chế độ đãi ngộ nhiều nơi chưa đủ tương xứng. Nếu không có một cơ chế đặc thù, hệ thống sẽ rất dễ rơi vào vòng luẩn quẩn: khó thu hút người giỏi, thiếu người giỏi nên khó nâng chất lượng, chất lượng khó nâng lại càng khó thu hút nhân lực tốt.

Vì vậy, phát triển nguồn nhân lực đặc thù phải dựa trên hai trụ cột song song: **đào tạo liên tục** và **đãi ngộ đặc thù**. Một bên bảo đảm năng lực nghề nghiệp không ngừng được nâng cấp; bên kia bảo đảm người giỏi có động lực đến, ở lại và phát triển lâu dài.

Đào tạo liên tục: từ bằng cấp đầu vào sang năng lực học tập suốt đời

Một sai lầm phổ biến trong quản trị nhân lực y tế là coi việc có bằng cấp đầu vào như đã đủ để làm nghề tốt lâu dài. Trong thực tế, chăm sóc Người có công là lĩnh vực biến động và tích hợp rất cao. Người làm việc ở đây phải liên tục cập nhật về lão khoa, bệnh mạn tính, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ, quản lý đau, sức khỏe tâm thần, kỹ năng giao tiếp, công nghệ hỗ trợ, hồ sơ số, công tác xã hội và chăm sóc tại cộng đồng. Nếu không học liên tục, đội ngũ sẽ nhanh chóng tụt hậu trước chính nhu cầu ngày càng phức tạp của đối tượng phục vụ.

Đào tạo liên tục ở đây không nên chỉ hiểu là vài lớp tập huấn rải rác. Nó phải được thiết kế như một **hệ sinh thái phát triển năng lực** gồm ít nhất năm tầng.

Tầng thứ nhất là **đào tạo định hướng đầu vào chuyên biệt**. Những người mới vào ngành cần được học một chương trình nhập môn riêng, không chỉ về quy trình công việc, mà về triết lý chăm sóc Người có công, đặc điểm tâm lý – xã hội của đối tượng, văn hóa ứng xử tri ân, và yêu cầu của mô hình "Thân – Tâm – Tuệ". Giai đoạn này rất quan trọng, vì nó giúp người mới hiểu mình đang bước vào một lĩnh vực đặc thù chứ không phải một vị trí công việc chung chung.

Tầng thứ hai là **đào tạo kỹ năng chuyên môn cốt lõi theo vị trí việc làm**. Bác sĩ cần được cập nhật về lão khoa, phục hồi chức năng, đau mạn tính, chăm sóc giảm nhẹ, quản lý đa bệnh lý. Điều dưỡng cần được đào tạo sâu về chăm sóc dài hạn, phòng loét, kiểm soát đau, giao tiếp cuối đời, hỗ trợ vận động, dinh dưỡng, vệ sinh an toàn. Kỹ thuật viên cần được nâng năng lực phục hồi chức năng, thiết bị trợ giúp, theo dõi chức năng. Nhân viên công tác xã hội cần được học về tư vấn gia đình, trị liệu nhóm, kết nối cộng đồng. Nghĩa là phải đi từ đào tạo "đại trà" sang đào tạo **đúng vai, đúng việc**.

Tầng thứ ba là **đào tạo liên ngành**. Đây là điểm rất hay bị thiếu. Chăm sóc Người có công là công việc không ai làm tốt một mình. Bác sĩ cần hiểu phần việc của công tác xã hội; điều dưỡng cần hiểu mục tiêu phục hồi; kỹ thuật viên cần hiểu trạng thái tâm lý người bệnh; cán bộ quản lý cần hiểu cả dòng chảy chuyên môn lẫn vận hành. Vì vậy, cần có những khóa học hoặc mô-đun liên ngành để đội ngũ học cách phối hợp, chia sẻ ngôn ngữ chung và nhìn người được chăm sóc như một chỉnh thể.

Tầng thứ tư là **đào tạo tại chỗ và học từ ca bệnh thực tế**. Đây là hình thức rất tối ưu. Thay vì quá phụ thuộc vào các khóa học xa cơ sở, nên xây dựng mô hình giao ban học thuật, bình ca, hội chẩn mở rộng, giờ học sau ca, mentoring giữa người có kinh nghiệm và

người trẻ, chia sẻ các trường hợp điển hình trong chính cơ sở. Cách học này bám sát thực tế, tiết kiệm chi phí và giúp tri thức gắn trực tiếp với vấn đề hằng ngày.

Tầng thứ năm là **đào tạo số và cộng đồng học tập chuyên môn**. Trong bối cảnh mới, cần tận dụng nền tảng trực tuyến để đội ngũ có thể học linh hoạt: thư viện bài giảng ngắn, webinar, khóa học mô-đun, diễn đàn trao đổi kinh nghiệm, ngân hàng ca lâm sàng điển hình. Đây là giải pháp thông minh vì giúp thu hẹp khoảng cách giữa cơ sở tuyến dưới và các trung tâm chuyên môn mạnh, đồng thời giảm chi phí đi lại, tập trung.

Con đường nghề nghiệp: từ làm việc đến trưởng thành chuyên nghiệp

Đào tạo chỉ có ý nghĩa bền nếu đi cùng một **lộ trình phát triển nghề nghiệp** rõ ràng. Nhiều người giỏi không rời bỏ lĩnh vực này vì thiếu lòng yêu nghề, mà vì họ không nhìn thấy tương lai nghề nghiệp đủ rõ. Do đó, cần thiết kế các nấc thang nghề nghiệp cho nhân lực đặc thù: nhân viên cơ bản, nhân viên nòng cốt, chuyên gia lĩnh vực, điều phối viên chuyên môn, cán bộ đào tạo, lãnh đạo chuyên môn. Khi nhìn thấy con đường đi lên, người trẻ sẽ có thêm động lực đầu tư dài hạn.

Một hướng rất phù hợp là xây dựng các **chứng chỉ năng lực đặc thù** cho lĩnh vực chăm sóc Người có công, như chứng chỉ chăm sóc dài hạn, chứng chỉ phục hồi chức năng cộng đồng, chứng chỉ chăm sóc giảm nhẹ, chứng chỉ giao tiếp trị liệu, chứng chỉ quản lý ca, chứng chỉ điều phối chăm sóc tích hợp. Các chứng chỉ này không chỉ có giá trị học tập, mà còn nên gắn với cơ hội thăng tiến, phụ cấp hoặc phân công nhiệm vụ cao hơn. Như vậy, hệ thống mới khuyến khích học thật, làm thật.

Cơ chế đãi ngộ đặc thù: thu hút để không mất người giỏi

Nhưng chỉ đào tạo tốt vẫn chưa đủ. Nếu môi trường đãi ngộ không tương xứng, nhân tài y khoa sẽ khó gắn bó. Vì thế, cần nhìn thẳng một thực tế: chăm sóc Người có công là lĩnh vực có **giá trị xã hội cao**, **đòi hỏi cảm xúc lớn**, **tính đặc thù mạnh**, nên cần một cơ chế đãi ngộ riêng, không thể hoàn toàn cào bằng với các vị trí y tế thông thường.

Cơ chế đãi ngộ đặc thù có thể bao gồm ít nhất sáu nhóm giải pháp.

Thứ nhất là **phụ cấp nghề đặc thù**. Những người làm việc trực tiếp lâu dài với thương bệnh binh nặng, người cao tuổi phụ thuộc, phục hồi chức năng dài hạn, chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời cần có phụ cấp tương xứng với tính chất công việc. Điều này không chỉ mang ý nghĩa thu nhập, mà còn là sự thừa nhận chính thức rằng đây là một lĩnh vực khó, nặng và có giá trị.

Thứ hai là **ưu tiên tuyển dụng và giữ chân nhân tài ở các chuyên ngành thiết yếu**. Các cơ sở trong ngành cần có chính sách cạnh tranh hơn để thu hút bác sĩ phục hồi chức năng, lão khoa, y học gia đình, giảm đau, chăm sóc giảm nhẹ, tâm thần người cao tuổi, điều dưỡng lão khoa, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và công tác xã hội y tế. Có thể

áp dụng cơ chế hỗ trợ ban đầu, cam kết phát triển nghề nghiệp, hỗ trợ nhà ở công vụ hoặc hỗ trợ đào tạo sau đại học gắn với thời gian cống hiến.

Thứ ba là **thưởng theo chất lượng và đóng góp cải tiến**. Một hệ thống chỉ trả lương theo thâm niên sẽ khó tạo đột phá. Cần có cơ chế ghi nhận những người mang lại cải tiến rõ ràng: xây dựng mô hình phục hồi mới, cải thiện chất lượng chăm sóc cuối đời, tăng sự hài lòng của người sử dụng, triển khai hồ sơ điện tử hiệu quả, phát triển chương trình kết nối cộng đồng, đào tạo nội bộ tốt. Khi đổi mới được thưởng, hệ thống mới có động lực tiến lên.

Thứ tư là **đãi ngộ phi tài chính**. Trong nhiều trường hợp, người giỏi ở lại không chỉ vì lương, mà vì được tôn trọng, được trao quyền, được học hỏi và được làm nghề trong môi trường có ý nghĩa. Vì vậy, đãi ngộ phải bao gồm cơ hội đi học, tham dự hội thảo, luân phiên học tập ở cơ sở mạnh, được mời tham gia xây dựng chính sách, được ghi nhận thành tựu công khai, được làm việc trong môi trường tử tế và có văn hóa tổ chức lành mạnh. Đối với lĩnh vực giàu tính phụng sự như chăm sóc Người có công, sự ghi nhận đạo đức nghề nghiệp đôi khi tạo động lực rất sâu.

Thứ năm là **bảo vệ sức khỏe tinh thần cho chính đội ngũ**. Đây là yếu tố thường bị bỏ quên. Những người làm việc lâu dài với đau đớn, suy tàn, mất mát và cuối đời rất dễ kiệt sức cảm xúc. Nếu không có cơ chế hỗ trợ, họ có thể dần chai mòn, lạnh đi hoặc rời nghề. Vì vậy, đãi ngộ đặc thù phải tính đến nghỉ bù hợp lý, tư vấn tâm lý cho nhân viên khi cần, luân phiên vị trí, giảm quá tải kéo dài, sinh hoạt đồng đội và môi trường nội bộ hỗ trợ nhau. Một đội ngũ được chăm sóc tốt mới có thể chăm sóc tốt cho người khác.

Thứ sáu là **xây dựng danh giá nghề nghiệp** cho lĩnh vực này. Một chính sách lớn không chỉ cần tiền mà còn cần uy tín xã hội. Cần làm cho việc trở thành bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên hay cán bộ chăm sóc Người có công được nhìn nhận như một lựa chọn nghề nghiệp đáng tự hào. Điều đó có thể được thúc đẩy qua giải thưởng nghề nghiệp, truyền thông về gương sáng, tôn vinh sáng kiến, chương trình học bổng theo ngành và việc đưa lĩnh vực này thành một mảng chuyên sâu chính danh trong hệ thống đào tạo y – xã hội.

Từ giải pháp nhân lực đến sức bền hệ thống

Khi đào tạo liên tục và đãi ngộ đặc thù đi cùng nhau, hệ thống mới có thể tạo ra một vòng tròn tích cực: người phù hợp được thu hút vào ngành; người vào ngành được bồi dưỡng tốt; người được bồi dưỡng tốt nhìn thấy tương lai nghề nghiệp; người có tương lai nghề nghiệp sẽ gắn bó và tiếp tục nâng chất lượng; chất lượng được nâng lên lại làm tăng uy tín lĩnh vực và khả năng thu hút nhân tài mới. Đó chính là cách biến nhân lực từ "điểm nghẽn" thành "động cơ phát triển".

Về lâu dài, có thể cân nhắc hình thành một **học viện hoặc trung tâm đào tạo chuyên đề** cho lĩnh vực chăm sóc Người có công, hoặc ít nhất là một mạng lưới đào tạo – thực hành – nghiên cứu kết nối các cơ sở trong ngành với các trường y, trường điều dưỡng, cơ sở phục hồi chức năng và trường công tác xã hội. Đây sẽ là nền tảng để lĩnh vực này có tiếng nói học thuật, có con đường phát triển chuyên môn riêng và có năng lực tự tái tạo nguồn nhân lực.

Kết luận chương

Chương 9 cho thấy một sự thật nền tảng của quản trị hệ thống: **không có mô hình chăm sóc tiên tiến nào vận hành được nếu thiếu một nguồn nhân lực xứng tầm với nó**. Trong lĩnh vực Người có công, yêu cầu ấy còn cao hơn, bởi đội ngũ ở đây không chỉ chữa bệnh hay phục vụ hành chính, mà đang trực tiếp hiện thân cho cách xã hội tri ân những người đã cống hiến cho đất nước.

Từ đó, chương này đã xác lập hai điểm nhấn lớn. Thứ nhất, cần xây dựng **chân dung nhân lực đặc thù** của ngành Lao động – Thương binh và Xã hội với ba phẩm chất kết tinh: **trái tim người Mẹ, trí tuệ Bác sĩ, kỷ luật người Lính**. Đây không chỉ là một hình ảnh đẹp, mà là một chuẩn mực nghề nghiệp toàn diện, kết hợp giữa lòng nhân, năng lực chuyên môn và tác phong đáng tin cậy. Thứ hai, muốn có được đội ngũ như vậy, phải thiết kế một hệ thống **đào tạo liên tục, lộ trình nghề nghiệp rõ ràng và cơ chế đãi ngộ đặc thù** đủ mạnh để thu hút, nuôi dưỡng và giữ chân nhân tài y khoa.

Nhìn rộng hơn, đầu tư cho nguồn nhân lực đặc thù không chỉ là đầu tư cho con người làm nghề, mà là đầu tư cho **độ bền của thể chế tri ân**. Cơ sở vật chất có thể xuống cấp rồi sửa lại, công nghệ có thể nâng cấp theo thời gian, nhưng một đội ngũ vừa có tâm, vừa có tầm, vừa có kỷ luật chính là tài sản khó thay thế nhất của toàn bộ hệ thống. Và chỉ khi có được đội ngũ ấy, những ý tưởng lớn của mô hình chăm sóc toàn diện mới có thể đi ra khỏi trang giấy để trở thành hiện thực sống động trong từng cơ sở, từng cộng đồng và từng cuộc đời Người có công.

CHƯƠNG 10. CHUYỂN ĐỔI SỐ VÀ QUẢN TRỊ THÔNG MINH

Trong tiến trình hiện đại hóa công tác chăm sóc Người có công, chuyển đổi số không nên được hiểu đơn giản là trang bị thêm máy tính, phần mềm hay số hóa vài biểu mẫu hành chính. Nếu nhìn như vậy, chuyển đổi số rất dễ trở thành một lớp "vỏ công nghệ" đặt lên trên một hệ thống cũ kỹ, rời rạc và nặng thủ tục. Giá trị thực sự của chuyển đổi số chỉ xuất hiện khi nó làm được ba việc cùng lúc: **kết nối các nguồn lực chuyên môn vốn phân tán**, **rút ngắn khoảng cách giữa người cần chăm sóc với nơi có năng lực chăm sóc tốt nhất**, và **giảm gánh nặng thủ tục để người có công được phục vụ nhanh hơn, đúng hơn, nhân văn hơn**.

Đối với lĩnh vực Người có công, yêu cầu ấy đặc biệt cấp thiết. Phần lớn đối tượng chăm sóc hiện nay là người cao tuổi, đa bệnh lý, suy giảm chức năng, khó di chuyển, đồng thời cần tiếp cận nhiều loại dịch vụ khác nhau: y tế, phục hồi chức năng, điều dưỡng, an sinh xã hội, quản lý hồ sơ, xác nhận chế độ, theo dõi dài hạn. Nếu hệ thống vẫn vận hành theo kiểu hồ sơ phân tán, mỗi nơi quản một ít thông tin, mỗi thủ tục cần một tập giấy tờ riêng, mỗi lần chuyển tuyến gần như bắt đầu lại từ đầu, thì gánh nặng cuối cùng vẫn dồn lên chính Người có công và gia đình họ. Trong khi đó, tinh thần của một nền tri ân hiện đại phải là: **người có công càng lớn tuổi, càng yếu, càng khó đi lại thì hệ thống càng phải chủ động đến gần họ hơn, thông minh hơn và nhẹ nhàng hơn**.

Chính vì vậy, Chương 10 đặt chuyển đổi số vào trung tâm của quản trị hệ thống, nhưng là **chuyển đổi số có mục tiêu phụng sự**, không phải chuyển đổi số để trình diễn hiện đại hóa. Ở đây, công nghệ chỉ có ý nghĩa khi giúp bác sĩ tuyến trên nhìn thấy người bệnh ở cơ sở điều dưỡng xa trung tâm; giúp hồ sơ sức khỏe đi trước người bệnh thay vì người bệnh phải mang giấy tờ chạy trước; giúp cán bộ giảm thời gian làm thủ tục để có thêm thời gian chăm sóc; và giúp Người có công cảm nhận rằng hệ thống đang ngày một dễ tiếp cận hơn, gần gũi hơn, ít phiền hà hơn.

Trong chương này, chuyển đổi số và quản trị thông minh được triển khai qua hai hướng then chốt. Thứ nhất là **ứng dụng Telehealth (y tế từ xa)** như một cây cầu chuyên môn nối trung tâm điều dưỡng với các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến chuyên sâu. Thứ hai là **quản trị tinh gọn**, hướng tới đơn giản hóa thủ tục hành chính, tái thiết kế quy trình phục vụ, lấy sự thuận tiện của Người có công làm chuẩn, chứ không lấy sự dễ quản lý của bộ máy làm chuẩn. Một hướng giúp rút ngắn khoảng cách y khoa; một hướng giúp giảm ma sát hành chính. Kết hợp lại, đó chính là nền tảng của một hệ thống chăm sóc vừa hiện đại, vừa nhân văn, vừa hiệu quả.

10.1. Ứng dụng Telehealth (Y tế từ xa): Kết nối Trung tâm điều dưỡng với các Bệnh viện Trung ương

Một trong những bất cập lớn của hệ thống chăm sóc hiện nay là **năng lực chuyên môn cao tập trung ở một số bệnh viện lớn**, trong khi nhiều trung tâm điều dưỡng, cơ sở chăm sóc hoặc địa bàn nơi Người có công sinh sống lại ở khá xa các trung tâm y học ấy. Khoảng cách địa lý vì thế thường trở thành khoảng cách chất lượng. Một người có công ở cơ sở điều dưỡng tỉnh hoặc vùng xa có thể cần ý kiến của chuyên gia tim mạch, thần kinh, phục hồi chức năng, giảm đau hay chăm sóc giảm nhẹ; nhưng để tiếp cận được ý kiến đó, họ phải chuyển viện, đi lại vất vả, tốn kém thời gian, làm lại nhiều thủ tục, đôi khi còn mang theo cả gánh nặng lo âu và rủi ro sức khỏe do di chuyển. Đối với người cao tuổi, yếu sức hoặc đa bệnh lý, mỗi cuộc đi xa như vậy không đơn giản là một "lần khám", mà có thể là một thử thách lớn đối với cơ thể và tinh thần.

Ở đây, **Telehealth** xuất hiện không chỉ như một công nghệ tiện ích, mà như một phương thức tái tổ chức hệ thống chăm sóc. Nói một cách ngắn gọn, Telehealth giúp **đưa chuyên môn đi trước, thay vì bắt người bệnh luôn phải đi trước**. Khi trung tâm điều dưỡng được kết nối ổn định với các bệnh viện trung ương, nhiều quyết định chuyên môn có thể được hỗ trợ từ xa: hội chẩn ca khó, đọc kết quả cận lâm sàng, điều chỉnh phác đồ, tư vấn phục hồi chức năng, quản lý đau, sàng lọc chỉ định chuyển tuyến, theo dõi sau điều trị, thậm chí hỗ trợ chăm sóc giảm nhẹ. Nhờ đó, người có công chỉ phải di chuyển khi thực sự cần, còn phần lớn tri thức chuyên môn có thể đến gần họ ngay tại nơi họ đang được chăm sóc.

Điều quan trọng là phải nhìn Telehealth như một **mạng lưới chuyên môn liên thông**, không phải chỉ là một cuộc gọi video giữa hai đầu cầu. Một mô hình Telehealth hiệu quả cho lĩnh vực Người có công cần có ít nhất bốn lớp chức năng.

Lớp thứ nhất là **khám và tư vấn chuyên khoa từ xa**. Đây là hình thức dễ hình dung nhất, nơi bác sĩ tuyến trên có thể trao đổi với bác sĩ hoặc điều dưỡng tại trung tâm điều dưỡng, đồng thời quan sát và trò chuyện trực tiếp với người bệnh nếu cần. Hình thức này đặc biệt hữu ích với các chuyên khoa mà quyết định dựa nhiều vào đánh giá lâm sàng, theo dõi diễn tiến và điều chỉnh điều trị như nội khoa người cao tuổi, phục hồi chức năng, tâm lý – tâm thần lão khoa, dinh dưỡng, chăm sóc giảm nhẹ.

Lớp thứ hai là **hội chẩn đa chuyên khoa từ xa**. Nhiều Người có công là những ca bệnh phức hợp, không thể chỉ nhìn theo một chuyên khoa đơn lẻ. Một thương bệnh binh có thể vừa đau mạn tính, vừa suy tim, vừa suy giảm vận động, vừa mất ngủ, vừa có dấu hiệu trầm cảm hoặc sa sút nhận thức. Nếu không có hội chẩn đa chuyên ngành, điều trị sẽ dễ rơi vào phân mảnh. Telehealth cho phép một trung tâm điều dưỡng ở địa phương kết nối cùng lúc với chuyên gia nội khoa, phục hồi chức năng, điều dưỡng, tâm lý hay công tác xã hội ở tuyến trên để thống nhất hướng chăm sóc toàn diện hơn.

Lớp thứ ba là **đào tạo và hỗ trợ chuyên môn tại chỗ**. Đây là giá trị rất lớn nhưng thường bị đánh giá thấp. Mỗi lần hội chẩn hay tư vấn từ xa không chỉ nhằm giải quyết một ca bệnh cụ thể, mà còn là một cơ hội "cầm tay chỉ việc" cho đội ngũ tại trung tâm điều dưỡng. Qua thời gian, năng lực của cơ sở sẽ tăng dần, số ca phải chuyển tuyến không cần thiết giảm dần, và đội ngũ địa phương trở nên tự tin hơn. Như vậy, Telehealth không chỉ giải quyết việc trước mắt, mà còn là công cụ phát triển năng lực dài hạn.

Lớp thứ tư là **theo dõi liên tục và hậu kiểm chăm sóc**. Sau mỗi đợt điều trị ở tuyến trên, nhiều Người có công trở lại cơ sở hoặc về nhà trong tình trạng cần theo dõi kỹ. Nếu thiếu kết nối hậu kiểm, phác đồ dễ đứt đoạn, gia đình dễ lúng túng, cơ sở dễ chăm sóc sai trọng tâm. Telehealth có thể giúp duy trì các điểm hẹn theo dõi ngắn, kiểm tra tiến triển, điều chỉnh bài tập phục hồi, xử lý sớm dấu hiệu bất thường và tăng sự gắn kết giữa các tuyến.

Từ góc nhìn thực thi, mô hình Telehealth phù hợp cho hệ thống chăm sóc Người có công nên được thiết kế theo nguyên tắc **"hub-and-spoke"**, tức có một số bệnh viện hạt nhân chuyên môn mạnh ở tuyến trung ương hoặc tuyến cuối, kết nối với mạng lưới các trung tâm điều dưỡng, cơ sở phục hồi chức năng và điểm chăm sóc địa phương như các "nan hoa". Trong mô hình này, bệnh viện hạt nhân không thay làm việc của cơ sở, mà đóng vai trò đỡ đầu chuyên môn, hội chẩn, hướng dẫn và hỗ trợ ra quyết định. Cách tổ chức này vừa tiết kiệm nguồn lực, vừa tránh việc tất cả phụ thuộc hoàn toàn vào tuyến trên.

Để Telehealth thực sự hiệu quả, không thể chỉ lắp đường truyền và màn hình. Cần một **hạ tầng quy trình** đi kèm. Mỗi buổi tư vấn từ xa phải có chuẩn bị hồ sơ trước, có người phụ trách điều phối, có dữ liệu sức khỏe được cập nhật, có mẫu tóm tắt ca bệnh chuẩn, có cơ chế ghi nhận khuyến nghị chuyên môn vào hồ sơ điện tử, và có theo dõi sau hội chẩn. Nếu thiếu lớp quy trình này, Telehealth rất dễ trở thành vài buổi kết nối ngắt quãng, phụ thuộc cá nhân, khó duy trì và khó đo hiệu quả.

Một giải pháp rất thông minh và phù hợp là triển khai Telehealth theo **ba mức cường độ**.

Mức thứ nhất là **Tele-consult cơ bản**, áp dụng cho tư vấn định kỳ, theo dõi bệnh mạn, điều chỉnh phục hồi chức năng và hỗ trợ ra quyết định ban đầu. Mức này phù hợp với phần lớn trung tâm điều dưỡng và có thể triển khai sớm.

Mức thứ hai là **Tele-MDT (hội chẩn đa chuyên khoa từ xa)**, dùng cho các ca phức hợp, cần nhiều chuyên ngành tham gia. Đây là lớp giá trị cao, giúp giảm rất nhiều chuyển tuyến không cần thiết.

Mức thứ ba là **Tele-monitoring và tele-rehabilitation**, tức theo dõi và hướng dẫn phục hồi từ xa theo lịch, đặc biệt với người vừa ra viện hoặc đang trong giai đoạn cần tập luyện liên tục. Đây là hướng rất phù hợp với người cao tuổi, người hạn chế vận động, và những ca cần duy trì phục hồi sau đợt điều dưỡng.

Lợi ích của Telehealth trong lĩnh vực Người có công có thể nhìn thấy ở nhiều cấp. Ở cấp người bệnh, nó giảm vất vả đi lại, giảm chi phí ẩn, tăng tiếp cận chuyên gia và tăng cảm giác an tâm. Ở cấp cơ sở điều dưỡng, nó tăng năng lực chuyên môn, giảm bị cô lập, tăng độ tự tin khi xử lý ca khó. Ở cấp hệ thống, nó giảm quá tải cho tuyến trên, giảm chuyển viện không cần thiết, làm dòng chăm sóc liên tục hơn và sử dụng chuyên gia hiệu quả hơn. Đặc biệt, đây là giải pháp rất phù hợp với triết lý tri ân hiện đại: **đưa chất lượng cao đến nơi người có công đang ở**, thay vì bắt họ liên tục đi tìm chất lượng.

Tuy nhiên, cũng phải nhìn rõ những điều kiện để Telehealth không thất bại. Thứ nhất là phải có **hồ sơ sức khỏe điện tử đủ chuẩn** để hai đầu cầu nhìn cùng một dữ liệu. Thứ hai là phải có **đào tạo nhân viên** về kỹ năng sử dụng công nghệ, kỹ năng trình bày ca bệnh ngắn gọn, chuẩn xác. Thứ ba là phải có **quy chế chuyên môn và pháp lý rõ**: ca nào tư

vấn từ xa được, ca nào phải chuyển viện, trách nhiệm giữa các bên ra sao. Thứ tư là phải chú ý đến **trải nghiệm của người cao tuổi**, tránh để công nghệ làm họ thấy xa lạ hay bị bỏ ngoài cuộc. Nói cách khác, Telehealth chỉ phát huy tác dụng khi nó phục vụ con người, chứ không bắt con người thích nghi mệt mỏi với công nghệ.

Về lâu dài, nếu được tổ chức tốt, Telehealth có thể trở thành "xương sống kết nối chuyên môn" của toàn hệ thống chăm sóc Người có công. Nó không thay thế bệnh viện, không thay thế bác sĩ trực tiếp, nhưng nó làm cho năng lực của toàn bộ mạng lưới được nâng lên đồng đều hơn. Trong một đất nước có địa bàn rộng, điều kiện tiếp cận y tế khác nhau giữa các vùng, đây chính là biểu hiện rõ nhất của quản trị thông minh: **không dàn đều nguồn lực hiếm, mà kết nối nguồn lực hiếm để phục vụ số đông tốt hơn**.

10.2. Quản trị tinh gọn: Đơn giản hóa thủ tục hành chính để phục vụ người có công nhanh chóng, thuận tiện

Nếu Telehealth giúp giảm khoảng cách chuyên môn, thì **quản trị tinh gọn** giúp giảm khoảng cách hành chính. Trong thực tế, không ít người có công và gia đình cảm thấy mệt mỏi không chỉ vì bệnh tật, mà còn vì phải đi qua quá nhiều lớp giấy tờ, xác nhận, sao chụp, bổ sung hồ sơ, chờ đợi phê duyệt, đi lại nhiều lần cho những việc đáng ra có thể đơn giản hơn rất nhiều. Đối với người trẻ khỏe mạnh, thủ tục phiền hà đã là gánh nặng; đối với một thương bệnh binh cao tuổi, một người di chuyển khó khăn, một gia đình đang chăm người nặng, thì thủ tục rườm rà còn có thể trở thành một dạng "chi phí vô hình" làm hao mòn cả sức khỏe lẫn lòng tin.

Chính vì vậy, nói đến quản trị thông minh mà không đụng tới thủ tục hành chính thì mới chỉ đi được nửa chặng đường. Một hệ thống tri ân hiện đại không thể để Người có công phải "tự chứng minh quá nhiều lần rằng mình là người có công", hay phải mang hồ sơ lặp đi lặp lại giữa các đơn vị vốn đều thuộc cùng một hệ thống công. Ở đây, tinh thần cốt lõi phải là: **những gì nhà nước đã biết thì không nên bắt người dân khai lại; những gì hệ thống có thể tự kết nối thì không nên bắt người dân tự đi xin; những gì có thể làm nhanh thì không nên kéo dài chỉ vì thói quen quản lý cũ**.

Quản trị tinh gọn trong lĩnh vực này không phải là cắt giảm cơ học nhân sự hay gom đầu việc cho gọn, mà là **tái thiết kế toàn bộ hành trình phục vụ** từ điểm nhìn của Người có công. Nói cách khác, thay vì hỏi "cơ quan cần những giấy tờ gì để xử lý cho thuận", hệ thống phải hỏi "người có công cần được phục vụ thế nào để ít mất công nhất mà vẫn đúng quy định". Sự thay đổi tưởng đơn giản này thực chất là một cuộc đổi vai trong tư duy quản trị: từ "lấy thủ tục làm trung tâm" sang "lấy trải nghiệm phục vụ làm trung tâm".

Có thể hình dung quản trị tinh gọn trong hệ thống chăm sóc Người có công qua năm hướng cải tổ chủ yếu.

Thứ nhất, chuẩn hóa và số hóa hồ sơ theo nguyên tắc "một lần khai – nhiều lần dùng"

Đây là nền tảng của mọi cải cách thủ tục. Một người có công khi đã có hồ sơ định danh và hồ sơ sức khỏe – chính sách tích hợp thì những thông tin cơ bản không nên phải khai lại ở mỗi lần sử dụng dịch vụ. Hệ thống cần tiến tới cơ chế **"một hồ sơ gốc"**, trong đó thông tin căn cước, mức độ hưởng chính sách, tình trạng sức khỏe chính, lịch sử điều dưỡng, thông tin người liên hệ, các giấy tờ pháp lý chủ chốt được số hóa và xác thực. Khi đó, mỗi lần giải quyết thủ tục mới chỉ cần cập nhật phần thay đổi hoặc phần đặc thù của yêu cầu, chứ không bắt đầu lại toàn bộ quy trình.

Nguyên tắc "một lần khai – nhiều lần dùng" đặc biệt quan trọng với Người có công vì nó thể hiện sự tôn trọng. Một người đã được nhà nước công nhận chế độ thì không nên bị quay trở lại vòng lặp chứng minh danh tính và quyền lợi trong mọi thủ tục nhỏ. Đây không chỉ là vấn đề hiệu suất hành chính, mà còn là vấn đề phẩm giá công vụ.

Thứ hai, thiết kế cơ chế "một cửa chăm sóc – một đầu mối hướng dẫn"

Một trong những nguyên nhân gây phiền hà là người dân không biết chính xác việc của mình thuộc đơn vị nào, hỏi ai, nộp ở đâu, thiếu giấy gì, bổ sung khi nào. Với Người có công, điều này càng dễ gây hoang mang vì hệ thống liên quan đến nhiều tầng: y tế, điều dưỡng, phục hồi chức năng, trợ cấp, xác nhận, gia hạn, chuyển tuyến, thanh toán chế độ. Do đó, mỗi trung tâm điều dưỡng hoặc đơn vị phục vụ cần có **một đầu mối điều phối thủ tục**, hoạt động như "bàn dẫn đường" cho Người có công và gia đình.

Đầu mối này không chỉ tiếp nhận giấy tờ, mà còn có trách nhiệm rà trước hồ sơ, giải thích rõ quy trình, hẹn mốc thời gian, phối hợp nội bộ giữa các bộ phận, và cập nhật kết quả cho người dân. Khi người dân chỉ cần bám vào một đầu mối rõ ràng thay vì tự dò dẫm giữa nhiều phòng ban, trải nghiệm phục vụ sẽ thay đổi rất mạnh. Đây là một cải cách nhỏ về cấu trúc, nhưng tác động lớn về niềm tin.

Thứ ba, rút gọn quy trình nội bộ bằng tư duy "bỏ bước không tạo giá trị"

Một quy trình hành chính dài không hẳn vì công việc quá phức tạp, mà nhiều khi vì tích tụ quá nhiều bước trung gian không còn giá trị thật: sao chụp nhiều bản giống nhau, xin xác nhận ở nhiều cấp cho cùng một thông tin, chuyển hồ sơ qua nhiều bàn chỉ để ký nháy, chờ gom hồ sơ theo đợt, lập thêm biểu mẫu chỉ để phù hợp thói quen cũ. Quản trị tinh gọn đòi hỏi phải rà soát từng bước theo câu hỏi: **bước này có thực sự tạo thêm giá trị, tăng an toàn pháp lý hoặc tăng chất lượng phục vụ không?** Nếu không, cần mạnh dạn loại bỏ hoặc hợp nhất.

Trong lĩnh vực Người có công, tư duy "bỏ bước không tạo giá trị" đặc biệt cần thiết. Bởi mỗi bước dư thừa trong bộ máy có thể tương ứng với một chuyến đi thêm, một ngày chờ

thêm, một lần nhờ con cháu thêm, hoặc một cảm giác mệt mỏi thêm của người già yếu. Nói cách khác, tinh gọn nội bộ chính là một hình thức giảm khổ cho người được phục vụ.

Thứ tư, công khai tiến độ và minh bạch hóa trách nhiệm

Không ít phiền hà hành chính đến từ trạng thái "không biết hồ sơ đang ở đâu". Khi người dân nộp xong rồi chờ đợi trong mơ hồ, họ dễ lo lắng, dễ phải đi hỏi nhiều nơi, và dễ phát sinh tâm lý thiếu tin tưởng. Vì vậy, quản trị thông minh cần thiết lập cơ chế **theo dõi tiến độ rõ ràng**: hồ sơ đã tiếp nhận chưa, đang ở khâu nào, ai phụ trách, mốc giải quyết dự kiến, có cần bổ sung gì không. Ngay cả khi chưa thể triển khai hệ thống số hoàn chỉnh, vẫn có thể làm theo mức độ phù hợp: phiếu hẹn rõ ràng, tin nhắn thông báo, bảng theo dõi nội bộ, đầu mối trả lời qua điện thoại, hoặc cổng tra cứu đơn giản.

Minh bạch tiến độ không chỉ tạo thuận tiện, mà còn tạo trách nhiệm trong bộ máy. Khi mỗi hồ sơ có người chịu trách nhiệm rõ, có thời hạn xử lý rõ, chất lượng phục vụ sẽ được nâng lên một cách tự nhiên. Và điều rất quan trọng là người có công sẽ cảm thấy mình đang được phục vụ trong một hệ thống có trật tự, chứ không phải bị bỏ mặc trong một mê cung hành chính.

Thứ năm, chuyển từ "giải quyết hồ sơ" sang "giải quyết nhu cầu trọn gói"

Một cải cách thông minh hơn nữa là không nhìn từng thủ tục như những mảnh việc tách rời, mà nhóm chúng lại theo **nhu cầu thực tế của người có công**. Ví dụ, một đợt điều dưỡng nội trú không chỉ liên quan đến giấy tiếp nhận, mà có thể kéo theo nhu cầu kiểm tra sức khỏe đầu vào, sắp xếp hồ sơ chế độ, thông tin cho gia đình, theo dõi sau điều dưỡng và hẹn lịch tái kết nối. Nếu mỗi phần lại thành một quy trình riêng, người dân sẽ phải "đi lại" giữa các nhu cầu liên quan. Trong khi đó, nếu hệ thống thiết kế theo dạng gói phục vụ trọn hành trình, trải nghiệm sẽ nhẹ hơn rất nhiều.

Đây chính là tinh thần của quản trị thông minh: **không để người dân tự ghép các mảnh vụn hệ thống**, mà hệ thống phải tự ghép chúng cho người dân. Đặc biệt với Người có công cao tuổi, việc "chăm sóc theo hành trình" có giá trị hơn rất nhiều so với "xử lý đúng từng công đoạn nhưng rời rạc".

Từ góc độ công nghệ, quản trị tinh gọn sẽ phát huy mạnh nhất khi đi cùng **nền tảng dữ liệu dùng chung**, **biểu mẫu điện tử chuẩn hóa**, **phân quyền xử lý rõ**, và **dashboard quản lý công việc** cho cán bộ. Nhưng phải nhấn mạnh rằng số hóa không tự động sinh ra tinh gọn. Nếu một quy trình vốn rườm rà mà chỉ đem lên máy tính, ta sẽ có một quy trình rườm rà dưới dạng điện tử. Do đó, thứ tự đúng phải là: **đơn giản hóa trước, số hóa sau; hoặc đơn giản hóa đồng thời với số hóa**.

Một điểm rất đáng lưu ý là quản trị tinh gọn không có nghĩa là giản lược kiểm soát đến mức dễ sai sót hay thất thoát. Trong lĩnh vực chính sách, tính chặt chẽ pháp lý vẫn rất cần. Nhưng chặt chẽ không đồng nghĩa với rườm rà. Một hệ thống hiện đại là hệ thống

biết giữ chắc phần cần chắc, đồng thời làm nhẹ phần có thể làm nhẹ. Đây chính là nghệ thuật cân bằng giữa **kỷ cương công vụ** và **sự thuận tiện của người dân**.

Nếu thực hiện tốt, quản trị tinh gọn sẽ đem lại hiệu quả ở nhiều tầng. Đối với Người có công, đó là giảm đi lại, giảm chờ đợi, giảm căng thẳng, tăng sự dễ tiếp cận và cảm giác được tôn trọng. Đối với cán bộ, đó là giảm công việc giấy tờ lặp lại, giảm lãng phí thời gian, tăng khả năng tập trung cho việc có giá trị thực hơn. Đối với hệ thống, đó là tăng minh bạch, tăng tốc độ xử lý, giảm sai sót, tăng sự hài lòng và tăng niềm tin xã hội vào chính sách tri ân.

Kết luận chương

Chương 10 cho thấy chuyển đổi số và quản trị thông minh không phải là phần "trang bị thêm" cho một hệ thống chăm sóc hiện đại, mà là **đòn bẩy tái cấu trúc toàn bộ cách hệ thống vận hành và phục vụ Người có công**. Nếu không có kết nối số, chuyên môn cao vẫn dễ bị tập trung và phân tán; nếu không có quản trị tinh gọn, lòng tốt của hệ thống vẫn có thể bị bào mòn bởi thủ tục rườm rà. Vì vậy, công nghệ và cải cách quy trình phải đi cùng nhau như hai mặt của một chiến lược chung.

Ở bình diện chuyên môn, **Telehealth** mở ra khả năng kết nối trung tâm điều dưỡng với các bệnh viện tuyến trung ương, giúp tri thức y khoa đi xa hơn mà người bệnh phải đi ít hơn. Đây là giải pháp rất phù hợp với Người có công, đặc biệt là người cao tuổi, đa bệnh lý, khó di chuyển, cần theo dõi liên tục và hỗ trợ đa chuyên khoa. Ở bình diện hành chính, **quản trị tinh gọn** giúp giảm ma sát giữa người có công với bộ máy phục vụ, bằng cách chuẩn hóa hồ sơ, rút gọn thủ tục, minh bạch tiến độ, tạo đầu mối điều phối và tái thiết kế quy trình theo nhu cầu thật của người dân.

Nhìn rộng hơn, hai hướng đi này cùng khẳng định một nguyên lý quản trị rất quan trọng: **một hệ thống tri ân hiện đại không bắt người có công thích nghi vất vả với sự phân mảnh của bộ máy; ngược lại, bộ máy phải tự thay đổi để thích nghi với nhu cầu, giới hạn và phẩm giá của Người có công**. Đó cũng chính là bản chất của quản trị thông minh: dùng công nghệ để tăng tính người, dùng cải cách quy trình để giảm gánh nặng, và dùng trí tuệ tổ chức để biến lòng biết ơn thành một trải nghiệm phục vụ thực sự nhẹ nhàng, nhanh chóng và đáng tin cậy.

CHƯƠNG 11. KIẾN NGHỊ VÀ ĐỀ XUẤT VĨ MÔ

Nếu các chương trước chủ yếu đi từ triết lý chăm sóc, thiết kế mô hình, nguồn nhân lực và quản trị vận hành, thì Chương 11 đặt ra câu hỏi có tính quyết định ở cấp độ chính sách: **làm thế nào để những ý tưởng đúng trở thành chuẩn mực quốc gia, thành lộ trình cải cách có thể đo lường, và thành động lực huy động nguồn lực xã hội một cách có định hướng**. Bởi trong mọi hệ thống công, nếu không được thể chế hóa thành tiêu chí, quy chuẩn, cơ chế đầu tư và lộ trình thực hiện, những mô hình tốt rất dễ

dừng lại ở vài điểm sáng đơn lẻ, khó nhân rộng, khó duy trì và càng khó trở thành sức mạnh chung của toàn ngành.

Đối với lĩnh vực chăm sóc Người có công, yêu cầu vĩ mô này càng cấp thiết. Trong nhiều năm qua, các trung tâm điều dưỡng, cơ sở chăm sóc, đơn vị phục hồi chức năng và mạng lưới chính sách đã có nhiều đóng góp lớn, nhưng vẫn tồn tại một thực tế: **chất lượng giữa các cơ sở chưa đồng đều, tiêu chí đánh giá còn thiên về đầu vào hành chính, đầu tư còn phân tán, và việc huy động xã hội tham gia vẫn thiếu một kiến trúc dẫn dắt đủ rõ**. Nói cách khác, hệ thống đã có nền tảng nhân văn và nỗ lực lớn, nhưng đang cần một "bước nhảy thể chế" để chuyển từ mô hình chăm sóc truyền thống sang mô hình chăm sóc hiện đại, chuẩn hóa, liên thông và có thể kiểm định bằng kết quả.

Chính vì vậy, Chương 11 đề xuất hai trục kiến nghị vĩ mô có tính nền móng. Trục thứ nhất là **xây dựng Bộ tiêu chí Quốc gia về "Trung tâm Điều dưỡng Người có công đạt chuẩn Y tế"**, coi đây như công cụ chuẩn hóa chất lượng, định hướng đầu tư và tạo ra ngôn ngữ chung cho toàn hệ thống. Trục thứ hai là **xây dựng lộ trình nâng cấp hệ thống và xã hội hóa nguồn lực chăm sóc**, nhằm đưa cải cách đi từ điểm thử nghiệm đến mở rộng toàn diện, đồng thời huy động thêm nguồn lực xã hội mà không làm phai nhạt bản chất công vụ và trách nhiệm nhà nước trong công tác tri ân.

Có thể nói, đây là chương chuyển từ tư duy "nên làm gì" sang tư duy "làm bằng công cụ nào, đi theo thứ tự nào, và tạo chuyển động hệ thống ra sao". Nếu không có bước đi vĩ mô này, các giải pháp dù đúng vẫn dễ phân tán. Nếu có được bước đi vĩ mô này, toàn bộ mô hình "Thân – Tâm – Tuệ" mới có cơ hội trở thành một kiến trúc chính sách có sức sống lâu dài.

11.1. Xây dựng Bộ tiêu chí Quốc gia về "Trung tâm Điều dưỡng Người có công đạt chuẩn Y tế"

1. Vì sao cần một Bộ tiêu chí Quốc gia?

Một hệ thống muốn phát triển bền vững phải trả lời được ba câu hỏi: **thế nào là đạt chuẩn, đạt đến đâu, và đo bằng gì**. Nếu không có chuẩn thống nhất, mỗi cơ sở sẽ hiểu "chất lượng" theo một cách riêng; nơi thì chú trọng cơ sở vật chất, nơi thì chú trọng số lượng phục vụ, nơi thì thiên về chăm sóc đời sống, nơi thì thiên về hoạt động y tế. Sự đa dạng ấy có thể tạo ra linh hoạt, nhưng nếu không có khung chuẩn chung, nó cũng dẫn đến hệ quả là khó so sánh, khó đầu tư có trọng tâm, khó kiểm định, và khó bảo đảm quyền được hưởng dịch vụ chất lượng tương đối đồng đều cho Người có công trên phạm vi toàn quốc.

Trong bối cảnh đó, việc xây dựng **Bộ tiêu chí Quốc gia về "Trung tâm Điều dưỡng Người có công đạt chuẩn Y tế"** không chỉ là một đề xuất kỹ thuật. Đây là một quyết

định mang tính kiến trúc thể chế. Bộ tiêu chí sẽ đóng vai trò như một "bản thiết kế chất lượng" cho toàn hệ thống, giúp trả lời rõ: trung tâm điều dưỡng trong giai đoạn mới không chỉ là nơi đón tiếp và nuôi dưỡng, mà phải là một thiết chế chăm sóc tích hợp, nơi y học, phục hồi chức năng, chăm sóc tinh thần, quản trị dữ liệu, an toàn người bệnh và văn hóa tri ân cùng hiện diện trong một cấu trúc chuyên nghiệp.

Nói cách khác, bộ tiêu chí không nhằm tạo thêm gánh nặng kiểm tra, mà nhằm tạo ra **một chuẩn mực phát triển chung**, để từ đó các cơ sở biết mình đang ở đâu, cần đầu tư gì, và nhà nước có thể phân tầng chính sách một cách công bằng, hiệu quả hơn.

2. Tên gọi "đạt chuẩn Y tế" cần được hiểu theo nghĩa rộng

Điều rất quan trọng là cụm từ **"đạt chuẩn Y tế"** trong bối cảnh trung tâm điều dưỡng Người có công không nên bị hiểu hẹp như chỉ đạt chuẩn khám chữa bệnh hay đủ điều kiện hành nghề y khoa cơ bản. Ở đây, "Y tế" phải được hiểu theo nghĩa hiện đại và toàn diện hơn: một trung tâm đạt chuẩn là trung tâm **bảo đảm an toàn sức khỏe, quản lý bệnh lý và chức năng một cách bài bản, tổ chức chăm sóc theo vòng đời, bảo vệ phẩm giá người bệnh, vận hành liên thông với hệ thống chuyên môn và tạo ra chất lượng sống thực sự cho Người có công**.

Vì vậy, bộ tiêu chí quốc gia cần tránh rơi vào lối xây dựng chuẩn quá thiên về "có bao nhiêu phòng, bao nhiêu giường, bao nhiêu biên chế", mà phải cân bằng giữa **chuẩn cấu trúc**, **chuẩn quy trình** và **chuẩn kết quả**. Chỉ khi ba lớp này đi cùng nhau, chuẩn mới phản ánh đúng chất lượng thực tế.

3. Kiến trúc đề xuất của Bộ tiêu chí Quốc gia

Có thể đề xuất bộ tiêu chí được thiết kế thành **8 nhóm trụ cột**, vừa đủ toàn diện, vừa đủ rõ để áp dụng trong thực tiễn.

Nhóm 1. Trụ cột về hạ tầng và môi trường chăm sóc an toàn

Đây là nhóm tiêu chí nền tảng, nhưng không chỉ dừng ở cơ sở vật chất theo nghĩa xây dựng. Một trung tâm đạt chuẩn cần có hạ tầng phù hợp với người cao tuổi, người suy giảm chức năng và người khuyết tật: lối đi không rào cản, tay vịn, nhà vệ sinh thích ứng, phòng ở thông thoáng, hệ thống chống trượt ngã, chiếu sáng phù hợp, khu phục hồi chức năng, phòng theo dõi y tế, khu vực sinh hoạt chung, không gian xanh và khuôn viên đi bộ an toàn.

Nhóm này cũng cần chấm tới **chất lượng môi trường chữa lành**: mức độ tiếp cận ánh sáng tự nhiên, cây xanh, thông khí, sự yên tĩnh, bố trí không gian sinh hoạt cộng đồng, góc ký ức, khu trị liệu ngoài trời. Điều đó giúp chuẩn hóa đúng tinh thần đã nêu ở các chương trước: trung tâm điều dưỡng không chỉ là nơi lưu trú an toàn, mà còn là không gian chữa lành.

Nhóm 2. Trụ cột về năng lực y tế và quản lý sức khỏe liên tục

Đây là phần cốt lõi để phân biệt trung tâm điều dưỡng theo mô hình cũ với trung tâm điều dưỡng đạt chuẩn y tế theo mô hình mới. Tiêu chí cần bao gồm: có hồ sơ sức khỏe cá thể hóa; có quy trình khám sàng lọc đầu vào; có hệ thống theo dõi bệnh mạn, quản lý thuốc, cảnh báo nguy cơ; có khả năng xử trí ban đầu các tình huống cấp cứu thông thường; có liên kết chuyên môn với bệnh viện tuyến trên; có quy trình chuyển tuyến và tiếp nhận lại sau điều trị.

Điểm mới rất cần nhấn mạnh là trung tâm đạt chuẩn không chỉ "có phòng y tế", mà phải có **năng lực quản lý sức khỏe liên tục**. Tức là người vào trung tâm phải được theo dõi như một hành trình, chứ không phải một danh sách lưu trú. Trung tâm nào làm được điều đó mới thực sự đạt chuẩn của thời kỳ mới.

Nhóm 3. Trụ cột về phục hồi chức năng và chăm sóc dài hạn

Một trung tâm chăm sóc Người có công đạt chuẩn không thể thiếu năng lực phục hồi chức năng cơ bản và có định hướng. Nhóm tiêu chí này cần đánh giá: có đội ngũ hoặc liên kết phục hồi chức năng; có đánh giá chức năng ban đầu; có kế hoạch phục hồi cá thể; có không gian và thiết bị tối thiểu cho tập luyện; có theo dõi tiến bộ; có hướng dẫn phục hồi tiếp nối tại nhà hoặc tại cộng đồng.

Điểm quan trọng là tiêu chí nên khuyến khích mô hình **kết hợp phục hồi hiện đại với phương pháp hỗ trợ phù hợp bản địa**, nhưng dưới sự kiểm soát chuyên môn. Cơ sở nào chứng minh được hiệu quả phục hồi qua khả năng tự chăm sóc, vận động, giảm đau, giảm phụ thuộc thì cần được ghi nhận ở mức cao hơn.

Nhóm 4. Trụ cột về chăm sóc tinh thần, công tác xã hội và văn hóa tri ân

Đây là điểm tạo nên bản sắc riêng của hệ thống chăm sóc Người có công. Bộ tiêu chí quốc gia không thể chỉ đánh giá cái "cứng" mà bỏ quên cái "mềm", vì chính "cái mềm" lại quyết định chiều sâu nhân văn của hệ thống. Nhóm tiêu chí này có thể bao gồm: có hoạt động liệu pháp ký ức; có chương trình giao lưu cộng đồng; có tư vấn tâm lý hoặc hỗ trợ tinh thần; có cơ chế gắn kết với gia đình; có không gian sinh hoạt văn hóa; có chuẩn văn hóa ứng xử "Kính – Trọng – Thương"; có hoạt động giáo dục truyền thống phù hợp.

Đây cũng là nơi cần đưa tiêu chí về **mức độ hài lòng cảm xúc** của Người có công và thân nhân, chứ không chỉ hài lòng hành chính. Một trung tâm sạch đẹp nhưng làm người được chăm sóc thấy cô độc thì chưa thể gọi là đạt chuẩn đầy đủ.

Nhóm 5. Trụ cột về nguồn nhân lực đặc thù

Không thể có trung tâm đạt chuẩn nếu không có đội ngũ đạt chuẩn. Nhóm tiêu chí này cần đánh giá không chỉ về số lượng biên chế, mà về **cơ cấu chuyên môn, tỷ lệ nhân**

viên/đối tượng phục vụ, năng lực liên ngành, đào tạo liên tục, kỹ năng giao tiếp, kỹ năng chăm sóc người cao tuổi, chăm sóc giảm nhẹ, phục hồi chức năng và công tác xã hội.

Đặc biệt, cần có chỉ số đánh giá mức độ duy trì đào tạo định kỳ và tỷ lệ nhân sự được bồi dưỡng chuyên sâu. Cơ sở nào có đội ngũ ổn định, ít biến động, có con đường đào tạo rõ ràng thì cần được xếp hạng cao hơn. Bởi xét cho cùng, chất lượng của trung tâm nằm nhiều nhất ở con người.

Nhóm 6. Trụ cột về chuyển đổi số và quản trị thông minh

Một trung tâm đạt chuẩn trong giai đoạn mới phải có năng lực số tối thiểu: quản lý hồ sơ điện tử, theo dõi sức khỏe có hệ thống, kết nối telehealth, số hóa một phần hoặc toàn bộ quy trình hành chính chính yếu, và có khả năng báo cáo dữ liệu nhanh, chính xác. Nhóm tiêu chí này không nên yêu cầu quá cao ngay từ đầu ở mọi cơ sở, nhưng phải tạo ra hướng đi thống nhất.

Ở đây cần đặc biệt tránh lỗi xây tiêu chí theo kiểu "có phần mềm là đạt". Không phải có phần mềm là có chuyển đổi số. Điều quan trọng là phần mềm ấy có được sử dụng thật không, có hỗ trợ ra quyết định không, có giảm thời gian thủ tục không, có giúp kết nối với bệnh viện tuyến trên không. Chuẩn số hóa phải gắn với **giá trị sử dụng thực**.

Nhóm 7. Trụ cột về an toàn, đạo đức và quản trị chất lượng

Một trung tâm đạt chuẩn phải có cơ chế kiểm soát an toàn người bệnh, an toàn thuốc, phòng ngã, phòng loét, phòng nhiễm khuẩn cơ bản, xử lý sự cố, tiếp nhận phản ánh, bảo vệ quyền riêng tư và nhân phẩm của người được chăm sóc. Đây là nhóm tiêu chí bảo đảm hệ thống phát triển mà không đánh đổi sự an toàn.

Đồng thời, cần có tiêu chí về **quản lý chất lượng nội bộ**, như họp rà soát ca, cải tiến quy trình, công khai tiêu chuẩn phục vụ, tiếp nhận và giải quyết phản ánh. Điều này giúp biến chất lượng thành hoạt động thường trực, không phải chỉ là đối phó kiểm tra.

Nhóm 8. Trụ cột về kết quả đầu ra và tác động xã hội

Đây là nhóm tiêu chí quan trọng nhất về dài hạn. Nếu chỉ chấm theo cấu trúc và quy trình, trung tâm có thể "đúng hình thức" nhưng chưa chắc tạo kết quả thật. Vì vậy, cần từng bước đưa vào các chỉ số như: cải thiện chức năng sống, giảm biến chứng, giảm tái nhập viện không cần thiết, mức độ hài lòng của người được chăm sóc, mức độ hài lòng của gia đình, tỷ lệ hoàn thành kế hoạch phục hồi, tỷ lệ tham gia hoạt động tinh thần – xã hội, mức độ kết nối cộng đồng và giáo dục truyền thống.

Nói cách khác, trung tâm đạt chuẩn không phải là nơi "làm đủ việc", mà là nơi **tạo ra thay đổi tích cực có thể cảm nhận và đo lường được**.

4. Bộ tiêu chí nên vận hành theo mô hình xếp tầng, không phải "đạt hoặc không đạt" cứng nhắc

Một đề xuất rất quan trọng là bộ tiêu chí không nên vận hành theo logic nhị phân đơn giản: đạt – không đạt. Cách làm đó dễ tạo tâm lý chạy chuẩn hình thức và không phản ánh đúng tính đa dạng vùng miền. Thay vào đó, nên thiết kế theo **mô hình xếp tầng hoặc xếp hạng phát triển**, ví dụ:

- Mức 1: Đạt chuẩn nền tảng an toàn và chăm sóc cơ bản
- Mức 2: Đạt chuẩn y tế – điều dưỡng tích hợp
- Mức 3: Đạt chuẩn phục hồi – tinh thần – số hóa
- Mức 4: Trung tâm kiểu mẫu, có năng lực đào tạo, chuyển giao và kết nối hệ thống

Cách tiếp cận này có nhiều lợi ích. Nó giúp cơ sở thấy rõ lộ trình đi lên thay vì bị áp lực phải "đạt chuẩn hoàn hảo" ngay lập tức. Nó cũng cho phép nhà nước phân loại đầu tư thông minh hơn: cơ sở nào đang ở mức nền tảng thì tập trung vào an toàn và y tế cơ bản; cơ sở nào đã khá hơn thì hỗ trợ số hóa, phục hồi, liên thông; cơ sở nào mạnh thì giao vai trò trung tâm vùng hoặc hạt nhân đổi mới.

5. Bộ tiêu chí phải trở thành công cụ dẫn dắt chính sách, không chỉ là công cụ kiểm tra

Giá trị lớn nhất của bộ tiêu chí không nằm ở việc "chấm điểm" các cơ sở, mà ở việc nó có thể trở thành **ngôn ngữ chung của cải cách**. Khi đã có chuẩn quốc gia, việc phân bổ ngân sách, đào tạo nhân lực, thẩm định đầu tư, công nhận mô hình thí điểm, lựa chọn cơ sở nòng cốt, xã hội hóa nguồn lực, hay khen thưởng đơn vị sẽ có căn cứ rõ ràng hơn.

Nói cách khác, bộ tiêu chí phải được dùng như một **bản đồ phát triển hệ thống**, chứ không phải chỉ là phiếu thanh tra. Khi đó, mỗi trung tâm có thể tự đánh giá vị trí hiện tại, xác định khoảng cách tới chuẩn mong muốn, và xây dựng kế hoạch cải thiện từng bước. Đây chính là cách đưa cải cách đi vào quỹ đạo bền vững.

11.2. Đề xuất lộ trình nâng cấp hệ thống và xã hội hóa nguồn lực chăm sóc

1. Vì sao phải có lộ trình, thay vì nâng cấp dàn trải?

Một trong những nguyên nhân làm cải cách hệ thống dễ bị chậm hoặc nửa vời là tư duy "làm đồng loạt" nhưng thiếu phân kỳ. Với lĩnh vực chăm sóc Người có công, nếu cùng lúc đặt ra quá nhiều yêu cầu cho tất cả cơ sở, trong khi nền tảng hiện hữu rất khác nhau, thì kết quả thường là nơi mạnh làm nhanh, nơi yếu bị áp lực, và toàn hệ thống khó đạt được bước tiến đồng đều thật sự. Ngược lại, nếu không có lộ trình, mỗi nơi lại tự đi theo một hướng, dẫn đến chắp vá và thiếu chuẩn chung.

Vì vậy, nâng cấp hệ thống cần được tổ chức như một **hành trình cải cách nhiều giai đoạn**, có điểm khởi động rõ, có ưu tiên chiến lược, có cơ sở làm mẫu, có đánh giá giữa kỳ, có cơ chế điều chỉnh và có các đích đến đủ cụ thể để đo được tiến bộ. Lộ trình ở đây không chỉ là phân chia theo thời gian, mà còn là nghệ thuật sắp xếp thứ tự đúng: **nâng cái gì trước để các cái khác có thể theo sau một cách bền hơn**.

2. Lộ trình đề xuất theo ba giai đoạn

Có thể đề xuất một lộ trình nâng cấp theo ba giai đoạn lớn, tương ứng với ba mục tiêu phát triển: **chuẩn hóa nền tảng – tích hợp thông minh – mở rộng hệ sinh thái**.

Giai đoạn 1. Chuẩn hóa nền tảng: "Làm chắc cái lõi"

Đây là giai đoạn bản lề, nơi hệ thống cần tập trung vào những yếu tố nền móng nhất. Trọng tâm của giai đoạn này không phải mở rộng thật nhanh, mà là **chuẩn hóa và ổn định**.

Các nhiệm vụ ưu tiên trong giai đoạn này gồm:

- Ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về trung tâm điều dưỡng đạt chuẩn y tế.
- Khảo sát, phân hạng toàn bộ hệ thống hiện có theo bộ tiêu chí.
- Xác định nhóm cơ sở nền tảng cần ưu tiên nâng cấp về an toàn, hạ tầng thiết yếu, nhân lực cốt lõi.
- Chuẩn hóa bộ hồ sơ sức khỏe – chăm sóc – phục hồi dùng chung.
- Triển khai bước đầu chuyển đổi số ở các quy trình quan trọng nhất.
- Xây dựng mô hình đào tạo nhân lực đặc thù ở một số cơ sở nòng cốt.
- Thiết lập mạng lưới liên kết chuyên môn ban đầu với bệnh viện tuyến trên.

Tinh thần của giai đoạn 1 là: **không chạy theo bề nổi, mà củng cố xương sống của hệ thống**. Một số cơ sở có thể chưa đẹp hơn ngay, nhưng phải an toàn hơn, có hồ sơ tốt hơn, quy trình rõ hơn, đội ngũ được huấn luyện tốt hơn. Khi cái lõi đã chắc, các bước hiện đại hóa tiếp theo mới không bị lỏng.

Giai đoạn 2. Tích hợp thông minh: "Kết nối để nâng chất"

Sau khi nền tảng được chuẩn hóa ở mức cần thiết, hệ thống bước sang giai đoạn tích hợp. Đây là lúc không chỉ từng cơ sở được nâng lên, mà các cơ sở bắt đầu **kết nối với nhau và với hệ thống chuyên môn rộng hơn**.

Các nhiệm vụ trọng tâm của giai đoạn này gồm:

- Mở rộng Telehealth giữa các trung tâm điều dưỡng và bệnh viện hạt nhân.

- Tích hợp hồ sơ sức khỏe điện tử, quản lý phục hồi chức năng, theo dõi bệnh mạn và dữ liệu hành chính chính yếu.
- Xây dựng các trung tâm vùng hoặc cơ sở kiểu mẫu có chức năng đào tạo, chuyển giao thực hành tốt.
- Tăng cường trụ cột tinh thần – xã hội: liệu pháp ký ức, môi trường chữa lành, kết nối thế hệ.
- Chuẩn hóa quy trình chăm sóc giảm nhẹ, quản lý đau, phục hồi tại chỗ và liên thông chăm sóc tại nhà.
- Bắt đầu áp dụng cơ chế đánh giá chất lượng theo kết quả đầu ra, không chỉ đầu vào.

Nếu giai đoạn 1 là "làm chắc từng mắt xích", thì giai đoạn 2 là **làm cho các mắt xích biết vận hành cùng nhau**. Đây chính là lúc hệ thống chuyển từ trạng thái "có nhiều cơ sở" sang trạng thái "có mạng lưới chăm sóc".

Giai đoạn 3. Mở rộng hệ sinh thái: "Từ hệ thống công sang hệ sinh thái phụng sự"

Khi nền tảng đã ổn định và khả năng tích hợp đã hình thành, hệ thống có thể bước vào giai đoạn phát triển cao hơn: **mở rộng hệ sinh thái chăm sóc với sự tham gia của nhiều chủ thể xã hội**, nhưng dưới sự dẫn dắt chuẩn mực của nhà nước.

Nhiệm vụ của giai đoạn này gồm:

- Hoàn thiện mô hình chăm sóc liên tục từ trung tâm điều dưỡng – bệnh viện – y tế cơ sở – gia đình – cộng đồng.
- Mở rộng mạng lưới đối tác xã hội trong giáo dục truyền thống, phục hồi cộng đồng, chăm sóc tinh thần, hỗ trợ thiết bị và môi trường chữa lành.
- Phát triển cơ chế hợp tác công – tư – xã hội phù hợp trong các khâu không làm suy yếu trách nhiệm công của nhà nước.
- Hình thành mạng lưới nghiên cứu, đổi mới sáng tạo và đánh giá độc lập về chất lượng chăm sóc Người có công.
- Tạo quỹ sáng kiến, quỹ đồng hành, hoặc các cơ chế tài trợ minh bạch cho các mô hình hiệu quả cao.
- Xây dựng thương hiệu quốc gia cho hệ thống chăm sóc Người có công mang bản sắc Việt Nam.

Giai đoạn 3 là giai đoạn hệ thống không còn chỉ vận hành trong logic "nội bộ ngành", mà trở thành **một hệ sinh thái xã hội của sự tri ân có tổ chức**.

3. Xã hội hóa nguồn lực chăm sóc: đúng vai, đúng giới hạn, đúng tinh thần

Khi nói đến xã hội hóa trong lĩnh vực Người có công, cần hết sức tỉnh táo để tránh hai cực đoan. Một cực đoan là khước từ mọi sự tham gia của xã hội vì sợ lệch vai trò nhà nước. Cực đoan kia là đẩy gánh nặng chăm sóc dần sang xã hội và gia đình, làm mờ trách nhiệm công vụ. Cả hai đều không phù hợp.

Cách tiếp cận đúng phải là: **nhà nước giữ vai trò chủ đạo, giữ chuẩn, giữ trách nhiệm nền tảng; xã hội tham gia để làm giàu thêm năng lực chăm sóc, mở rộng không gian tri ân và tăng chất lượng sống cho Người có công**. Nói cách khác, xã hội hóa không phải là rút lui của nhà nước, mà là **mở rộng vòng tay của hệ thống** dưới một khung chuẩn rõ ràng.

4. Những lĩnh vực nên xã hội hóa có chọn lọc

Không phải khâu nào cũng nên xã hội hóa như nhau. Cần phân biệt rõ những phần nhà nước phải nắm chắc và những phần có thể huy động thêm nguồn lực xã hội.

Những phần nhà nước cần giữ vai trò chủ đạo tuyệt đối

- Công nhận chế độ, xác lập quyền lợi, thẩm định chính sách
- Đầu tư nền tảng cho cơ sở công lập chủ lực
- Chăm sóc y tế thiết yếu, chăm sóc trường hợp nặng, đối tượng khó khăn, neo đơn
- Ban hành chuẩn chất lượng, thanh tra, giám sát, kiểm định
- Quản lý dữ liệu, bảo vệ quyền lợi và nhân phẩm người có công

Đây là "vùng lõi công vụ", không thể phó mặc cho cơ chế thị trường hay lòng tốt tự phát.

Những phần có thể xã hội hóa có chọn lọc

- Hỗ trợ trang thiết bị phục hồi, môi trường chữa lành, cảnh quan xanh
- Hoạt động văn hóa, giáo dục truyền thống, kết nối thế hệ
- Các chương trình đồng hành tinh thần, thiện nguyện có kiểm định
- Học bổng, quỹ đào tạo nhân lực đặc thù, tài trợ nghiên cứu
- Các giải pháp công nghệ hỗ trợ, nền tảng số, sáng kiến cộng đồng
- Mô hình chăm sóc bổ trợ tại gia đình và cộng đồng dưới sự điều phối chuyên môn

Những phần này nếu huy động tốt sẽ làm hệ thống giàu hơn, mềm hơn và gần dân hơn.

5. Các chủ thể xã hội có thể tham gia như thế nào?

Xã hội hóa nguồn lực chăm sóc không chỉ là huy động tiền. Điều thông minh hơn là huy động **đúng loại năng lực từ đúng loại chủ thể**.

- **Doanh nghiệp** có thể tham gia bằng tài trợ công nghệ, thiết bị, xây dựng không gian xanh, học bổng đào tạo, chương trình trách nhiệm xã hội dài hạn.
- **Trường đại học, bệnh viện, viện nghiên cứu** có thể tham gia bằng chuyển giao chuyên môn, thực tập, đào tạo liên tục, nghiên cứu đánh giá mô hình.
- **Tổ chức đoàn thể, hội cựu chiến binh, hội phụ nữ, đoàn thanh niên** có thể tham gia bằng mạng lưới giao lưu, chăm sóc tinh thần, kết nối thế hệ, giáo dục truyền thống.
- **Cộng đồng địa phương** có thể đóng vai trò tạo môi trường sống đón nhận, không để trung tâm điều dưỡng trở thành "ốc đảo".
- **Gia đình** cần được nhìn như một đối tác chăm sóc có hỗ trợ, chứ không chỉ là người thụ động nhận thông báo.
- **Các tổ chức thiện nguyện** chỉ nên tham gia trong khuôn khổ có định hướng, có chuẩn ứng xử, có phối hợp với chuyên môn, tránh phong trào ngắn hạn hoặc can thiệp thiếu hiểu biết.

Điều quan trọng nhất là mọi sự tham gia xã hội phải được đặt trong một nguyên tắc: **làm tăng phẩm giá và chất lượng sống của Người có công, chứ không biến họ thành đối tượng của sự phô trương thiện chí**.

6. Muốn xã hội hóa hiệu quả, phải có cơ chế điều phối minh bạch

Nhiều nơi nguồn lực xã hội không ít, nhưng hiệu quả không cao vì thiếu cơ chế tiếp nhận và điều phối. Do đó, cần thiết kế một số công cụ quản trị quan trọng:

- Danh mục nhu cầu ưu tiên công khai theo từng cơ sở, từng giai đoạn
- Quy trình tiếp nhận tài trợ minh bạch, đơn giản, có phản hồi kết quả
- Cơ chế ghi nhận và vinh danh đóng góp có chuẩn mực
- Hệ thống đánh giá tác động của nguồn lực xã hội đối với chất lượng chăm sóc
- Quy tắc ứng xử khi tổ chức hoạt động xã hội với Người có công
- Cơ chế kết nối cung – cầu giữa nhà tài trợ, cơ sở và cộng đồng

Chỉ khi có cơ chế minh bạch, xã hội hóa mới không rơi vào tùy hứng, chắp vá hoặc thiên lệch giữa các nơi.

7. Đích đến của lộ trình: một hệ thống có chuẩn, có nhịp đi lên và có vòng tay xã hội

Lộ trình nâng cấp hệ thống và xã hội hóa nguồn lực chăm sóc, nếu được làm đúng, sẽ dẫn đến một sự thay đổi căn bản: hệ thống chăm sóc Người có công không còn phát triển theo kiểu "nơi nào mạnh thì làm tốt, nơi nào yếu thì chậm", mà có **chuẩn chung để cùng hướng tới**, có **điểm tựa đầu tư để đi lên**, và có **vòng tay xã hội được huy động đúng cách** để đồng hành.

Đó là một hệ thống mà nhà nước không đơn độc, nhưng cũng không buông trách nhiệm; xã hội không đứng ngoài, nhưng cũng không lấn át chuẩn công; cơ sở không chờ chỉ đạo thụ động, nhưng cũng không tự bơi trong phân mảnh. Đây chính là mô hình vĩ mô tối ưu cho một lĩnh vực vừa giàu đạo lý, vừa đòi hỏi quản trị hiện đại như chăm sóc Người có công.

Kết luận chương

Chương 11 nhấn mạnh rằng mọi cải cách muốn đi xa đều phải được đỡ bằng **chuẩn quốc gia** và **lộ trình vĩ mô rõ ràng**. Đối với lĩnh vực chăm sóc Người có công, điều này càng đúng, bởi đây không chỉ là lĩnh vực cung ứng dịch vụ, mà là nơi thể hiện năng lực thể chế hóa lòng biết ơn của quốc gia. Nếu không có chuẩn, hệ thống khó đồng đều. Nếu không có lộ trình, cải cách khó bền. Nếu không có cơ chế huy động xã hội đúng cách, nguồn lực sẽ mãi hữu hạn và thiếu sức lan tỏa.

Từ đó, chương này đề xuất hai bước đi nền tảng. Thứ nhất, xây dựng **Bộ tiêu chí Quốc gia về "Trung tâm Điều dưỡng Người có công đạt chuẩn Y tế"** như công cụ định hình chất lượng, dẫn hướng đầu tư và tạo ngôn ngữ chung cho toàn ngành. Thứ hai, thiết kế **lộ trình nâng cấp hệ thống theo ba giai đoạn** – chuẩn hóa nền tảng, tích hợp thông minh, mở rộng hệ sinh thái – đồng thời thúc đẩy **xã hội hóa có chọn lọc, có chuẩn, có điều phối**, để huy động thêm nguồn lực mà vẫn giữ vững vai trò chủ đạo của nhà nước.

Nhìn sâu hơn, kiến nghị vĩ mô lớn nhất của chương này là thay đổi cách nhìn về công tác chăm sóc Người có công: không coi đó là một tập hợp hoạt động rời rạc mang tính nhân đạo đơn thuần, mà coi đó là **một hệ thống chính sách công có thể chuẩn hóa, có thể đo lường, có thể đầu tư chiến lược và có thể huy động toàn xã hội cùng tham gia**. Khi đạt tới tầm nhìn ấy, tri ân sẽ không còn chỉ là tình cảm đúng đắn; nó sẽ trở thành một năng lực tổ chức quốc gia có chiều sâu, có chuẩn mực và có sức sống lâu dài.

LỜI KẾT: KHÁT VỌNG VỀ MỘT HỆ SINH THÁI TRI ÂN

Khép lại công trình này, điều còn đọng lại không chỉ là một tập hợp quan điểm, mô hình hay đề xuất kỹ thuật, mà là một câu hỏi lớn hơn dành cho chúng ta: **một quốc gia**

trưởng thành sẽ tri ân những người đã hy sinh cho mình bằng cách nào. Tri ân, nếu chỉ dừng ở ký ức, là điều cần nhưng chưa đủ. Tri ân, nếu chỉ thể hiện trong những ngày tưởng niệm, là điều đẹp nhưng vẫn còn ngắn. Tri ân chỉ thực sự đi tới chiều sâu của đạo lý khi nó được chuyển hóa thành **một hệ sinh thái chăm sóc sống động**, nơi người có công không chỉ được nhớ đến, mà được sống những năm tháng còn lại trong sự nâng đỡ toàn diện, chuyên nghiệp, bền bỉ và tôn nghiêm. Những nền tảng pháp lý hiện hành của Việt Nam về người có công, người cao tuổi, khám bệnh chữa bệnh, chuyển đổi số và cải cách hành chính đã tạo ra khung thể chế quan trọng để đi theo hướng đó; đồng thời, các khuyến nghị quốc tế về già hóa khỏe mạnh, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ cũng cho thấy đây là xu thế phát triển tất yếu của các hệ thống chăm sóc hiện đại.

Từ đầu đến cuối, cuốn sách này nhất quán với một nhận thức nền tảng: **người có công không phải là một nhóm chính sách thụ động, mà là những con người mang trên mình ký ức lịch sử, phẩm giá công dân và quyền được hưởng một đời sống có chất lượng**. Vì vậy, chăm sóc người có công không thể chỉ hiểu là trợ cấp, điều dưỡng hay chữa bệnh theo đợt. Nó phải là một mô hình phát triển con người trọn vẹn, trong đó cơ thể được chữa lành, tinh thần được nâng đỡ, và trí tuệ sống được kết nối với cộng đồng. Đó là lý do mô hình "Thân – Tâm – Tuệ" được đặt ra không như một khẩu hiệu biểu tượng, mà như một kiến trúc chiến lược: lấy y học làm nòng cốt, lấy tinh thần làm điểm tựa, lấy kết nối và lan tỏa làm chiều kích phát triển cao hơn của tri ân.

Nếu nhìn bằng con mắt quản trị, điều đất nước cần không chỉ là thêm vài công trình, thêm vài khoản chi hay thêm vài phong trào nghĩa tình. Điều cần hơn là một **bản thiết kế hệ thống**. Trong bản thiết kế ấy, trung tâm điều dưỡng không còn là nơi lưu trú thụ động, mà là trung tâm điều phối chăm sóc; bệnh viện không còn đứng tách biệt, mà trở thành hạt nhân chuyên môn trong mạng lưới; y tế cơ sở không chỉ là tuyến dưới, mà là cánh tay kéo dịch vụ đến gần người có công; gia đình không bị để ngoài, mà là đối tác chăm sóc; cộng đồng không chỉ đến thăm hỏi, mà trở thành nguồn lực nâng đỡ thường trực; công nghệ không còn là trang bị phụ trợ, mà là công cụ kết nối tri thức, dữ liệu và quy trình; còn chính người có công không chỉ là người nhận, mà còn là người tiếp tục trao truyền ký ức, giá trị và cảm hứng cho xã hội. Những định hướng như Telehealth, hồ sơ sức khỏe điện tử, phục hồi chức năng tích hợp, môi trường chữa lành, đào tạo nhân lực đặc thù và chuẩn hóa chất lượng trung tâm điều dưỡng đều là các mắt xích để hệ sinh thái ấy hình thành và vận hành.

Tuy nhiên, một hệ sinh thái tri ân không thể được dựng lên chỉ bằng mệnh lệnh hành chính. Nó phải được nuôi bằng ba nguồn lực cùng lúc. Trước hết là **nguồn lực thể chế**: luật pháp rõ, tiêu chí chuẩn, lộ trình cụ thể, trách nhiệm phân định minh bạch. Kế đó là **nguồn lực chuyên môn**: đội ngũ đủ tâm, đủ tầm, đủ kỷ luật để làm công việc khó và dài hơi này. Và sau cùng là **nguồn lực văn hóa – xã hội**: sự tham gia của gia đình, đoàn

thể, trường học, doanh nghiệp, cộng đồng và thế hệ trẻ, để công tác tri ân không bị co lại trong phạm vi của một ngành, mà trở thành phẩm chất chung của đời sống quốc gia. Các chính sách hiện hành về người có công, người cao tuổi, chiến lược quốc gia về già hóa và chăm sóc sức khỏe nhân dân, cùng với chương trình chuyển đổi số và cải cách hành chính của Chính phủ, đều gợi mở rằng Việt Nam đã có đủ tiền đề để bước từ lòng biết ơn mang tính tình cảm sang lòng biết ơn được thể chế hóa thành năng lực phục vụ.

Cũng cần nói rõ rằng khát vọng về một hệ sinh thái tri ân không phải là một mơ ước viển vông. Nó có thể bắt đầu từ những việc rất cụ thể: một hồ sơ sức khỏe được theo dõi liên tục hơn; một nhân viên điều dưỡng được đào tạo tốt hơn; một quy trình bớt rườm rà hơn; một cuộc hội chẩn từ xa giúp người bệnh khỏi phải đi xa; một khu vườn nhỏ làm nơi chữa lành; một buổi kể chuyện chiến trường làm sống lại niềm tự hào; một lớp học đến trung tâm điều dưỡng để nghe lịch sử từ người thật; một chuẩn quốc gia giúp các cơ sở biết mình cần đi tới đâu. Những việc nhỏ ấy, nếu được kết nối bằng một tư duy lớn, sẽ không còn là những cải tiến lẻ tẻ. Chúng sẽ dần hợp thành một nền văn hóa chăm sóc mới.

Sâu xa hơn, hệ sinh thái tri ân mà cuốn sách này hướng tới không chỉ dành cho những người đã đi qua chiến tranh. Nó còn là bài kiểm tra về **chất lượng đạo đức của xã hội hiện đại**. Một đất nước biết nâng niu những người đã cống hiến cho mình cũng là một đất nước biết tôn trọng người già, người yếu, người bệnh, người phụ thuộc và những số phận dễ bị lãng quên. Một nền quản trị biết làm nhẹ bước chân cho người có công cũng là nền quản trị đã học được cách lấy con người làm trung tâm. Một mô hình chăm sóc biết kết nối "Thân – Tâm – Tuệ" cho người lính năm xưa cũng chính là mô hình góp phần chuẩn bị cho một xã hội già hóa nhưng không vô cảm trong tương lai. Theo tinh thần của WHO, già hóa khỏe mạnh không chỉ là kéo dài tuổi thọ mà là duy trì năng lực chức năng và sự tham gia xã hội; phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ cũng được nhìn nhận ngày càng rõ như các cấu phần cốt lõi của hệ thống y tế hiện đại.

Bởi vậy, lời kết của cuốn sách này không phải là một dấu chấm, mà là một lời mời gọi. Một lời mời gọi đối với nhà hoạch định chính sách: hãy nhìn công tác chăm sóc người có công như một lĩnh vực cần được thiết kế lại bằng tư duy hệ thống. Một lời mời gọi đối với đội ngũ chuyên môn: hãy xem đây không chỉ là công việc, mà là một nghề phụng sự có phẩm giá đặc biệt. Một lời mời gọi đối với địa phương và cơ sở chăm sóc: hãy mạnh dạn đổi mới, từ những thay đổi nhỏ nhưng thật. Một lời mời gọi đối với cộng đồng và thế hệ trẻ: hãy bước vào hành trình tri ân không chỉ bằng cảm xúc trong ngày lễ, mà bằng sự đồng hành lâu dài trong đời sống thường nhật.

Và sau cùng, đây cũng là một lời hứa thầm lặng mà xã hội nên tự nhắc với chính mình: **những người đã đi qua chiến tranh để đất nước có hòa bình hôm nay sẽ không bị bỏ lại ở bên lề của sự phát triển**. Họ xứng đáng được sống trong một hệ thống không chỉ nhớ công, mà còn biết chăm sóc; không chỉ chăm sóc, mà còn biết chữa lành;

không chỉ chữa lành, mà còn biết trao lại cho họ vị trí xứng đáng trong đời sống tinh thần của quốc gia.

Đó chính là khát vọng về một hệ sinh thái tri ân:
một hệ sinh thái nơi lòng biết ơn được tổ chức thành thể chế,
nơi thể chế được sưởi ấm bằng nhân văn,
và nơi nhân văn được làm cho bền vững bằng trí tuệ quản trị của thời đại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. Văn bản pháp luật và chính sách của Việt Nam

1. Ủy ban Thường vụ Quốc hội. (2020). *Pháp lệnh số 02/2020/UBTVQH14 ngày 09 tháng 12 năm 2020 về ưu đãi người có công với cách mạng*. Hà Nội.
2. Chính phủ. (2021). *Nghị định số 131/2021/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2021 quy định chi tiết và biện pháp thi hành Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng*. Hà Nội.
3. Quốc hội. (2023). *Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15*. Hà Nội.
4. Quốc hội. (2009). *Luật Người cao tuổi số 39/2009/QH12*. Hà Nội.
5. Văn phòng Quốc hội. (2024). *Văn bản hợp nhất số 16/VBHN-VPQH về Luật Người cao tuổi*. Hà Nội.
6. Thủ tướng Chính phủ. (2020). *Quyết định số 749/QĐ-TTg ngày 03 tháng 6 năm 2020 phê duyệt Chương trình Chuyển đổi số quốc gia đến năm 2025, định hướng đến năm 2030*. Hà Nội.
7. Chính phủ. (2021). *Nghị quyết số 76/NQ-CP ngày 15 tháng 7 năm 2021 ban hành Chương trình tổng thể cải cách hành chính nhà nước giai đoạn 2021–2030*. Hà Nội.
8. Thủ tướng Chính phủ. (2025). *Quyết định số 383/QĐ-TTg ngày 21 tháng 02 năm 2025 phê duyệt Chiến lược quốc gia về người cao tuổi đến năm 2035, tầm nhìn đến năm 2045*. Hà Nội.
9. Bộ Y tế. (2020). *Quyết định số 2628/QĐ-BYT ngày 22 tháng 6 năm 2020 phê duyệt Đề án Khám, chữa bệnh từ xa giai đoạn 2020–2025*. Hà Nội.
10. Bộ Y tế. (2023). *Thông tư số 32/2023/TT-BYT hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh*. Hà Nội.

II. Tài liệu chiến lược, hướng dẫn và báo cáo chính thức của Việt Nam

11. Bộ Y tế. (2022). *Hướng dẫn khám, chữa bệnh từ xa tại tuyến y tế cơ sở*. Hà Nội.
12. Bộ Y tế. (2023). *Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045*. Hà Nội.
13. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh. (2024). *Tài liệu hướng dẫn và triển khai Telehealth/khám chữa bệnh từ xa*. Hà Nội: Bộ Y tế.
14. Bộ Tư pháp. (2021). *Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi giai đoạn 2021–2030*. Hà Nội.
15. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. (2020–2026). *Hệ thống văn bản điện tử, quyết định và nghị quyết liên quan đến chuyển đổi số, cải cách hành chính và chăm sóc sức khỏe nhân dân*. Hà Nội.

III. Báo cáo, nghiên cứu và tài liệu quốc tế

16. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
17. World Health Organization. (2017). *Rehabilitation 2030: A call for action*. Geneva: WHO.
18. World Health Organization. (2023). *Strengthening rehabilitation in health systems*. Geneva: WHO.
19. World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Geneva: WHO.
20. World Health Organization. (2022). *Palliative care: What you need to know*. Geneva: WHO.
21. World Health Organization. (2021). *Decade of Healthy Ageing: Baseline report*. Geneva: WHO.
22. World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva: WHO.
23. U.S. Department of Veterans Affairs. (2025). *VA budget in brief, fiscal year 2025*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
24. U.S. Department of Veterans Affairs. (2024). *Veterans Health Administration clinical services annual report 2024*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.

25. U.S. Department of Veterans Affairs. (2025). *Electronic Health Record Modernization (EHRM)*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.

26. U.S. Government Accountability Office. (2025). *Veterans Affairs electronic health record modernization: Ongoing challenges and oversight needs*. Washington, DC: GAO.

27. Cabinet Office, Government of Japan. (2024). *Annual report on the ageing society*. Tokyo: Cabinet Office.

28. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. (2025). *Statistics of long-term care benefit expenditures*. Tokyo: MHLW.

29. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. (n.d.). *Long-term care insurance system of Japan*. Tokyo: MHLW.

30. Ministry of Health of the Russian Federation. (n.d.). *Sanatorium-resort treatment portal and strategy materials*. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation.

31. WHO Regional Office for Europe. (n.d.). *Strengthening rehabilitation research and evidence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

32. Pan American Health Organization. (2024). *Health in the Americas: Cuba country profile*. Washington, DC: PAHO.

33. Pan American Health Organization. (n.d.). *Primary health care and family doctor model in Cuba*. Washington, DC: PAHO.

34. World Bank. (2021). *Physicians (per 1,000 people) – Cuba*. Washington, DC: World Bank.

35. EClinicalMedicine. (2022). *Concepts and definitions of healthy ageing: A systematic review and synthesis of theoretical models*. London: Elsevier.

IV. Sách và chuyên khảo tham khảo

36. Gawande, A. (2014). *Being mortal: Medicine and what matters in the end*. New York: Metropolitan Books.

37. Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. New York: Basic Books.

38. Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.

39. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.

40. Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.

41. Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.

42. Trần Ngọc Thêm. (1996). *Tìm về bản sắc văn hóa Việt Nam*. Thành phố Hồ Chí Minh: NXB Thành phố Hồ Chí Minh.

43. Phan Ngọc. (2002). *Bản sắc văn hóa Việt Nam*. Hà Nội: NXB Văn học.

44. Nguyễn Đăng Dung (chủ biên). (n.d.). *Một số chuyên khảo về chính sách công, quản trị nhà nước và cải cách hành chính*. Hà Nội.

45. Đại học Y Hà Nội. (n.d.). *Giáo trình lão khoa*. Hà Nội.

46. Đại học Y Hà Nội. (n.d.). *Giáo trình phục hồi chức năng*. Hà Nội.

47. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. (n.d.). *Giáo trình y học cổ truyền*. Hà Nội.

48. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. (n.d.). *Giáo trình chăm sóc giảm nhẹ*. Thành phố Hồ Chí Minh.

49. Các cơ sở đào tạo y khoa và công tác xã hội tại Việt Nam. (n.d.). *Tài liệu giảng dạy về công tác xã hội trong bệnh viện, phục hồi chức năng và chăm sóc người cao tuổi*. Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh.

PHỤ LỤC

(Các sơ đồ quy trình, bảng biểu số liệu minh họa, hình ảnh tư liệu)

Phụ lục này được xây dựng nhằm hỗ trợ người đọc tiếp cận nội dung nghiên cứu không chỉ bằng lập luận lý thuyết, mà còn qua các công cụ trực quan, thực hành và định hướng triển khai. Nếu phần nội dung chính của cuốn sách tập trung vào tư tưởng, mô hình và kiến nghị chính sách, thì phần phụ lục đóng vai trò như một "bộ công cụ đọc nhanh", giúp nhà quản lý, cán bộ thực tiễn, cơ sở điều dưỡng, nhà nghiên cứu và người làm chính sách dễ hình dung hơn các cấu phần vận hành của mô hình chăm sóc Người có công theo định hướng hiện đại.

Về bản chất, đây không phải là phần thêm vào cho đủ hình thức, mà là phần nối giữa tư duy và hành động. Các sơ đồ, bảng biểu và gợi ý hình ảnh tư liệu trong phụ lục được lựa chọn theo ba tiêu chí: **dễ hiểu – dễ áp dụng – dễ chuyển hóa thành kế hoạch thực hiện**. Nói cách khác, phụ lục này nhằm làm rõ một thông điệp xuyên suốt của cuốn sách:

tri ân chỉ thực sự bền vững khi được tổ chức thành hệ thống, và một hệ thống chỉ dễ triển khai khi có công cụ trực quan đi kèm.

PHỤ LỤC 1. SƠ ĐỒ TỔNG THỂ MÔ HÌNH CHĂM SÓC "THÂN – TÂM – TUỆ"

Sơ đồ 1. Kiến trúc tổng thể mô hình chăm sóc Người có công

MÔ HÌNH CHĂM SÓC TOÀN DIỆN NGƯỜI CÓ CÔNG

Trung tâm:
Người có công / Thương binh / Bệnh binh / Cựu chiến binh / Người cao tuổi phụ thuộc

Ba trụ cột chính:

- **THÂN**: Y học – hồ sơ sức khỏe – phục hồi chức năng – chăm sóc giảm nhẹ
- **TÂM**: trị liệu ký ức – môi trường chữa lành – văn hóa ứng xử – công tác xã hội
- **TUỆ**: giáo dục truyền thống – kết nối thế hệ – lan tỏa giá trị sống

Bốn vành đai hỗ trợ:

- Gia đình
- Cộng đồng
- Cơ sở điều dưỡng / y tế
- Hệ thống chính sách và quản trị

Hai nền tảng vận hành:

- Nhân lực đặc thù
- Chuyển đổi số và quản trị thông minh

Đầu ra cuối cùng:

- Sức khỏe tốt hơn
- Tinh thần ổn định hơn
- Chất lượng sống cao hơn
- Phẩm giá được bảo đảm
- Giá trị cống hiến tiếp tục được lan tỏa

Gợi ý trình bày trong sách

Sơ đồ này nên thiết kế dạng **vòng tròn đồng tâm** hoặc **tam giác ba đỉnh** với "Người có công" ở trung tâm, giúp người đọc nhìn ngay cấu trúc logic của toàn bộ cuốn sách.

PHỤ LỤC 2. SƠ ĐỒ QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI CÓ CÔNG TẠI TRUNG TÂM ĐIỀU DƯỠNG

Sơ đồ 2. Quy trình tiếp nhận và chăm sóc tích hợp

Bước 1. Tiếp nhận hồ sơ
↓
Bước 2. Đánh giá ban đầu đa chiều

- Tình trạng sức khỏe
- Khả năng vận động
- Tâm lý – tinh thần
- Hoàn cảnh gia đình
- Nhu cầu phục hồi / điều dưỡng / giảm nhẹ
  ↓
  Bước 3. Phân tầng nhu cầu chăm sóc
- Nhóm chăm sóc y tế cơ bản
- Nhóm phục hồi chức năng
- Nhóm hỗ trợ tinh thần chuyên sâu
- Nhóm chăm sóc giảm nhẹ / cuối đời
  ↓
  Bước 4. Lập kế hoạch chăm sóc cá thể hóa
- Mục tiêu ngắn hạn
- Mục tiêu trung hạn
- Người phụ trách chính
- Cơ chế phối hợp gia đình – trung tâm – bệnh viện
  ↓
  Bước 5. Triển khai chăm sóc theo mô hình "Thân – Tâm – Tuệ"
  ↓
  Bước 6. Theo dõi – lượng giá định kỳ
- Chức năng vận động

- Mức đau
- Giấc ngủ
- Tâm trạng
- Mức độ hài lòng
  ↓
  Bước 7. Điều chỉnh kế hoạch
  ↓
  Bước 8. Kết thúc đợt chăm sóc / chuyển tiếp sang gia đình – cộng đồng

Ý nghĩa thực tiễn

Sơ đồ này đặc biệt hữu ích cho các trung tâm điều dưỡng, vì nó cho thấy chăm sóc không phải là chuỗi thao tác rời rạc mà là một hành trình có đánh giá, mục tiêu và lượng giá.

PHỤ LỤC 3. SƠ ĐỒ BỆNH ÁN ĐIỆN TỬ TRỌN ĐỜI CHO THƯƠNG BỆNH BINH

Sơ đồ 3. Cấu trúc hồ sơ sức khỏe tích hợp

HỒ SƠ GỐC NGƯỜI CÓ CÔNG
gồm 7 lớp dữ liệu:

1. **Thông tin căn cước chăm sóc**

- Họ tên
- Năm sinh
- Nhóm đối tượng chính sách
- Địa chỉ
- Người liên hệ chính

2. **Tiền sử thương tật – bệnh lý**

- Thương tổn gốc
- Di chứng chiến tranh
- Bệnh mạn tính
- Tiền sử phẫu thuật

3. **Đánh giá chức năng**

- Đi lại
- Tự ăn uống
- Tự vệ sinh
- Khả năng giao tiếp
- Trí nhớ – nhận thức

4. **Kế hoạch phục hồi chức năng**

- Mục tiêu
- Bài tập
- Thiết bị hỗ trợ
- Tiến triển từng giai đoạn

5. **Thông tin tâm lý – xã hội**

- Mức cô đơn
- Tình trạng người chăm sóc
- Nhu cầu hỗ trợ tinh thần
- Kết nối cộng đồng

6. **Lịch sử chăm sóc**

- Nhập viện
- Điều dưỡng
- Telehealth
- Hội chẩn
- Chuyển tuyến

7. **Kế hoạch tương lai**

- Phòng biến chứng
- Dự phòng té ngã
- Chăm sóc tại nhà
- Chăm sóc giảm nhẹ khi cần

Gợi ý ứng dụng

Phần này có thể chuyển thành một **bảng mẫu hồ sơ điện tử** để dùng trong tài liệu quản lý hoặc huấn luyện nội bộ.

PHỤ LỤC 4. SƠ ĐỒ TELEHEALTH KẾT NỐI CÁC TUYẾN

Sơ đồ 4. Mạng lưới y tế từ xa trong chăm sóc Người có công

BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG / BỆNH VIỆN HẠT NHÂN
↕
TRUNG TÂM ĐIỀU DƯỠNG NGƯỜI CÓ CÔNG
↕
Y TẾ CƠ SỞ / GIA ĐÌNH / CỘNG ĐỒNG

Các luồng hỗ trợ chính

- Hội chẩn ca khó
- Theo dõi sau ra viện
- Tư vấn phục hồi chức năng
- Quản lý đau, chăm sóc giảm nhẹ
- Hướng dẫn xử trí sớm
- Đào tạo và cầm tay chỉ việc từ xa

Ý nghĩa

Sơ đồ này cho thấy Telehealth không chỉ là công nghệ gọi video, mà là một cấu trúc kết nối chuyên môn, giúp chuyên gia đi xa hơn mà người bệnh đi lại ít hơn.

PHỤ LỤC 5. SƠ ĐỒ MÔI TRƯỜNG CHỮA LÀNH TẠI TRUNG TÂM

Sơ đồ 5. Cấu trúc không gian "Healing Environment"

1. Không gian nghỉ ngơi yên tĩnh

- Phòng ở thoáng, sáng, an toàn
- Giường phù hợp người cao tuổi
- Màu sắc ấm, dịu

2. Không gian giao tiếp nhóm nhỏ

- Bàn trà

- Góc kể chuyện
- Ghế ngồi quây tròn

3. Không gian sinh hoạt cộng đồng

- Phòng sinh hoạt chung
- Góc đọc báo
- Khu nghe nhạc, xem phim tư liệu

4. Không gian trị liệu ngoài trời

- Vườn cây
- Đường đi bộ có tay vịn
- Ghế nghỉ dưới bóng cây
- Khu tập vận động nhẹ

5. Không gian ký ức và tri ân

- Ảnh tư liệu
- Kỷ vật đơn vị
- Góc trưng bày lịch sử sống

Điểm nhấn

Có thể thêm một câu chú thích dưới sơ đồ:
"Một trung tâm điều dưỡng tốt không chỉ là nơi đủ giường bệnh, mà là nơi có thể chữa lành bằng cả chuyên môn lẫn không gian sống."

PHỤ LỤC 6. SƠ ĐỒ LIỆU PHÁP KÝ ỨC VÀ KẾT NỐI THẾ HỆ

Sơ đồ 6. Dòng chảy "Ký ức – Giá trị – Lan tỏa"

Người có công kể chuyện đời mình
↓
Ký ức được lắng nghe – ghi lại – số hóa
↓
Thế hệ trẻ tiếp nhận – đối thoại – học tập
↓
Giá trị lịch sử được chuyển thành bài học công dân
↓

Người có công cảm thấy được tôn trọng và tiếp tục có ích
↓
Xã hội củng cố văn hóa tri ân

Mô hình ứng dụng

- Phòng ký ức sống
- Podcast "Ông kể cháu nghe"
- Nhật ký đối thoại thế hệ
- Triển lãm lịch sử sống
- Lớp học ngoại khóa tại trung tâm điều dưỡng

PHỤ LỤC 7. BẢNG PHÂN TẦNG NHU CẦU CHĂM SÓC NGƯỜI CÓ CÔNG

Bảng 1. Phân tầng nhu cầu theo mức độ chăm sóc

Nhóm đối tượng	Đặc điểm chính	Nhu cầu ưu tiên	Mô hình chăm sóc phù hợp
Nhóm A	Sức khỏe tương đối ổn định, còn tự chủ	Theo dõi định kỳ, hoạt động tinh thần, kết nối xã hội	Chăm sóc cộng đồng, điều dưỡng theo đợt
Nhóm B	Có bệnh mạn tính, giảm chức năng nhẹ – vừa	Quản lý bệnh, phục hồi cơ bản, tư vấn gia đình	Điều dưỡng tích hợp, phục hồi chức năng
Nhóm C	Đa bệnh lý, phụ thuộc sinh hoạt một phần	Chăm sóc y tế liên tục, phục hồi chuyên sâu, hỗ trợ tâm lý	Trung tâm điều dưỡng đạt chuẩn y tế
Nhóm D	Suy giảm nặng, đau kéo dài, cuối đời	Chăm sóc giảm nhẹ, quản lý đau, hỗ trợ gia đình	Chăm sóc giảm nhẹ tại trung tâm hoặc tại nhà

Ý nghĩa

Bảng này giúp nhà quản lý tránh tư duy "một gói dịch vụ cho tất cả", từ đó phân bổ nguồn lực đúng mức hơn.

PHỤ LỤC 8. BẢNG ĐỀ XUẤT BỘ CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG TRUNG TÂM ĐIỀU DƯỠNG

Bảng 2. Bộ chỉ số gợi ý

Nhóm chỉ số	Nội dung đánh giá	Mục đích
Chỉ số sức khỏe	Mức đau, giấc ngủ, dinh dưỡng, biến chứng	Đo hiệu quả chăm sóc thân thể
Chỉ số chức năng	Đi lại, tự ăn uống, tự vệ sinh, nguy cơ té ngã	Đo hiệu quả phục hồi
Chỉ số tinh thần	Mức cô đơn, lo âu, tham gia sinh hoạt, hài lòng	Đo hiệu quả trụ cột "Tâm"
Chỉ số lan tỏa	Số hoạt động giáo dục truyền thống, kết nối thế hệ	Đo hiệu quả trụ cột "Tuệ"
Chỉ số quản trị	Thời gian xử lý thủ tục, hồ sơ điện tử, telehealth	Đo mức hiện đại hóa hệ thống
Chỉ số hài lòng	Phản hồi của người có công và gia đình	Đo trải nghiệm thực tế

PHỤ LỤC 9. BẢNG MẪU LỘ TRÌNH NÂNG CẤP HỆ THỐNG

Bảng 3. Lộ trình ba giai đoạn

Giai đoạn	Trọng tâm	Việc cần làm	Kết quả mong đợi
Giai đoạn 1	Chuẩn hóa nền tảng	Rà soát cơ sở, chuẩn hóa hồ sơ, đào tạo nòng cốt	Hệ thống có chuẩn nền
Giai đoạn 2	Tích hợp thông minh	Telehealth, phục hồi chức năng, hồ sơ điện tử, môi trường chữa lành	Chất lượng chăm sóc tăng rõ
Giai đoạn 3	Mở rộng hệ sinh thái	Xã hội hóa, kết nối giáo dục, mô hình cộng đồng	Hệ thống lan tỏa bền vững

---

PHỤ LỤC 10. BẢNG MẪU CHÂN DUNG NHÂN LỰC ĐẶC THÙ

Bảng 4. Bộ phẩm chất cốt lõi của cán bộ chăm sóc Người có công

Cấu phần	Nội dung	Biểu hiện thực tế
Trái tim người Mẹ	Dịu dàng, kiên nhẫn, biết nâng đỡ cảm xúc	Nhớ tên, nhớ thói quen, chăm sóc ân cần
Trí tuệ Bác sĩ	Có tri thức, tư duy lâm sàng, làm việc dựa trên chứng cứ	Đánh giá đúng, xử lý đúng, phối hợp tốt
Kỷ luật người Lính	Chuẩn xác, đúng quy trình, tinh thần trách nhiệm cao	Hồ sơ rõ, giờ giấc nghiêm, tác phong tin cậy

Gợi ý sử dụng

Bảng này có thể đặt ở cuối Chương 9 hoặc trong phụ lục để dùng cho đào tạo nội bộ.

PHỤ LỤC 11. DANH MỤC HÌNH ẢNH TƯ LIỆU NÊN BỔ SUNG TRONG SÁCH

Để tăng tính thuyết phục, cuốn sách nên kèm một số hình ảnh tư liệu chọn lọc. Không cần quá nhiều, nhưng nên đúng tinh thần, có giá trị tư liệu và gắn trực tiếp với luận điểm nghiên cứu.

Nhóm 1. Hình ảnh lịch sử – ký ức

1. Ảnh thương binh, bệnh binh trong các giai đoạn lịch sử.
2. Ảnh các trung tâm điều dưỡng Người có công qua các thời kỳ.
3. Ảnh kỷ vật chiến trường, thư tay, nhật ký, quân trang.
4. Ảnh sinh hoạt của cựu chiến binh trong các buổi kể chuyện truyền thống.

Nhóm 2. Hình ảnh mô hình chăm sóc hiện đại

5. Ảnh phòng phục hồi chức năng.
6. Ảnh hoạt động Telehealth, hội chẩn từ xa.
7. Ảnh môi trường xanh, vườn trị liệu, khu sinh hoạt cộng đồng.
8. Ảnh hoạt động giao lưu liên thế hệ giữa học sinh và Người có công.

Nhóm 3. Hình ảnh minh họa giải pháp

9. Ảnh sơ đồ bệnh án điện tử.
10. Ảnh bảng điều phối quy trình chăm sóc.
11. Ảnh lớp học lịch sử sống tại trung tâm điều dưỡng.

12. Ảnh không gian “Gia đình binh chủng” với văn hóa ứng xử thân thiện.

Lưu ý biên tập

Dưới mỗi ảnh nên có chú thích ngắn, ví dụ:

- “Hoạt động phục hồi chức năng cho thương bệnh binh tại trung tâm điều dưỡng.”
- “Không gian ký ức sống – mô hình hỗ trợ trị liệu tinh thần và giáo dục truyền thống.”
- “Ứng dụng y tế từ xa giúp kết nối trung tâm điều dưỡng với bệnh viện tuyến trên.”

PHỤ LỤC 12. MẪU KHẨU HIỆU HÀNH ĐỘNG CHO TOÀN HỆ THỐNG

Phần này có thể dùng như chi tiết sáng tạo để làm đậm tinh thần cuốn sách.

Bộ khẩu hiệu đề xuất

- **Tri ân không chỉ là tưởng nhớ, mà là chăm sóc đến nơi đến chốn.**
- **Mỗi Người có công là một lịch sử sống cần được chữa lành và tôn vinh.**
- **Y học là nòng cốt – tinh thần là điểm tựa – lan tỏa là giá trị bền lâu.**
- **Giảm một thủ tục là thêm một phần thuận tiện cho Người có công.**
- **Chăm sóc đúng không chỉ cứu sức khỏe, mà còn gìn giữ phẩm giá.**
- **Trung tâm điều dưỡng không chỉ là nơi ở, mà là không gian phụng sự và chữa lành.**

TIỂU KẾT PHỤ LỤC

Phụ lục này được xây dựng như một phần mở rộng thực hành của toàn bộ công trình nghiên cứu. Nếu phần nội dung chính trả lời câu hỏi **vì sao phải đổi mới** và **đổi mới theo hướng nào**, thì phụ lục góp phần trả lời câu hỏi **nhìn mô hình ấy ra sao, đo nó thế nào, và triển khai nó bằng công cụ gì**. Những sơ đồ, bảng biểu và gợi ý tư liệu ở đây không nhằm thay thế cho nội dung lý luận, mà nhằm làm cho lý luận trở nên gần hơn với công tác quản lý, đào tạo, tổ chức và thực thi.

Ở ý nghĩa đó, phụ lục không chỉ là phần bổ sung ở cuối sách, mà là một nhịp nối quan trọng giữa tư duy nghiên cứu và khả năng hành động ngoài thực tiễn. Một cuốn sách về tri ân sẽ chỉ thực sự trọn vẹn khi những ý tưởng của nó có thể được nhìn thấy bằng hình, được tóm gọn bằng bảng, được triển khai bằng quy trình, và được tiếp tục phát triển thành những mô hình sống trong đời thực.